



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ – REITORIA DE PESQUISA E PÓS – GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



ANDRÉA DUTRA PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO
CÂNCER DE COLO UTERINO**

SÃO LUÍS
2019

ANDRÉA DUTRA PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO
CÂNCER DE COLO UTERINO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, enfermagem e cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Coorientadora: Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

SÃO LUÍS

2019

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

Pereira, Andréa Dutra

Percepção de Mulheres frente ao diagnóstico e Tratamento do câncer de colo uterino / Andréa Dutra Pereira. — São Luís, 2019.

62 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Neoplasia de colo uterino. 2. Adaptação psicológica. 3. Diagnósticos. I. Título

CDU 716.97:612.63-053.6

ANDRÉA DUTRA PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO
CÂNCER DE COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, enfermagem e cuidado.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa – Orientadora
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim- Coorientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento -1º Membro
Doutora em Medicina
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Lena Maria Barros Fonseca – 2º Membro
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Joyce dos Santos Lages – 1º Membro Suplente
Doutora em Ciências Médicas
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha – 2º Membro Suplente
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Á Deus, merecedor de toda honra e louvor,
aos meus pais e irmão, pela força e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão e aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por me permitirem e ajudarem a alcançar tão valiosos conhecimentos. Como disse Isaac Newton, “se vi mais longe foi por estar de pé sobre ombros de gigantes”.

À Profa. Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa pelo incentivo, dedicação, disponibilidade, compreensão, sem as quais esse trabalho não seria possível. Obrigada por acreditar em mim quando eu mesmo não conseguia acreditar.

Aos meus colegas de turma, Luciane Pessoa Cardoso e Alan Coutinho por viverem esse sonho comigo, compartilhando as diversas experiências.

A Secretaria Estadual de Saúde e direção do Hospital de Câncer do Maranhão por apoiar a realização desta pesquisa.

Às mulheres que participaram de estudo, pela disponibilidade de falar e relembrar momentos tão intensos.

À Deus, sempre em primeiro lugar, “porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente” (Romanos 11:36 – Almeida Corrigida e Revisada Fiel).

Aos meus pais, José Arnaldo Pereira e Maria de Fátima Dutra por acreditarem e sempre investirem em mim, meus sinceros agradecimentos.

Ao meu companheiro de vida pelo apoio, incentivo, sempre me fortalecendo quando precisei.

Ao meu irmão Anderson Dutra Pereira pela preocupação diária e os incentivos a continuar os estudos.

“Que a coragem seja maior que o medo e que
a força seja tão grande quando a fé”.

Autor Desconhecido

PEREIRA, Andréa Dutra. **Percepção de mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino**. 2019. 62f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

Resumo

Estudo com abordagem qualitativa, cujo objetivo visa conhecer a percepção de mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino. Participaram do estudo 12 mulheres atendidas no Hospital de Câncer da rede estadual de saúde do Maranhão, em São Luís- MA. Utilizou-se para coleta de dados um questionário para caracterização das mulheres e um roteiro de entrevista com questões norteadoras a respeito da compreensão das mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino. As entrevistas foram gravadas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. A maioria das mulheres se declarou pardas, com 2 a 5 filhos, católica e do lar. Quanto ao nível de escolaridade, 3 não eram alfabetizadas, 3 tinham ensino fundamental incompleto, a maioria realizava exame preventivo regularmente. De acordo com os relatos das mulheres, emergiram quatro categorias temáticas: vivenciando o diagnóstico; aceitando o tratamento; rede de apoio; preconceito e isolamento social. Pôde-se constatar que as mulheres perceberam o diagnóstico de câncer como uma sentença de morte, emergindo sentimentos de tristeza, angústia o que dificultava aceitar a adesão à terapêutica proposta que foi vista como uma nova realidade. As repercussões no seio familiar representaram tanto aspecto positivo como negativo de acordo com as atitudes e comportamentos vivenciado na rede de apoio. Por fim um envolvimento maior da enfermagem é importante atuando na propagação das informações para quebrar tabus, e preconceitos, fortalecendo deste modo, o vínculo familiar e diminuindo os riscos da mulher sofrer preconceito e isolamento social. Além do cuidado holístico, pautado em estabelecer um elo de confiança, onde o enfermeiro deve tonar-se disponível para ouvir o outro, demonstrar empatia, calor humano e solidariedade indo além da técnica.

Descritores: Neoplasia de colo uterino. Adaptação psicológica. Diagnóstico.

PEREIRA, Andréa Dutra. **Perception of women regarding the diagnosis and treatment of cervical cancer.** 2019. 62f. Dissertation (Master's). Graduate program in Nursing, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

Abstract

A study with a qualitative approach aimed at knowing the perception of women in the diagnosis and treatment of uterine cervix cancer. Participated in the study 12 women, attended at the cancer Hospital of the state Health Network of Maranhão, in São Luís. A questionnaire for the characterization of women was used for data collection and an interview script with guiding questions about women's understanding of the diagnosis and treatment of cervical cancer. The interviews were recorded and analyzed using the content analysis technique. Most of the women declared themselves mixed up, with 2 to 5 children, Catholic and home. As for the level of schooling, 3 were not literate, 3 had incomplete elementary school, most of them regularly performed preventive examinations. According to the women's reports, four thematic categories emerged: experiencing the diagnosis; Accepting treatment; Support Network; Prejudice and social isolation. It was possible to observe that women perceived the diagnosis of cancer as a death sentence, emerging feelings of sadness, anguish, which made it difficult to accept adherence to the proposed therapy that was seen as a new reality. The repercussions of the family were both positive and negative in accordance with the attitudes and behaviors experienced in the support network. Finally, a greater involvement of nursing is important in the propagation of information to break taboos, and prejudices, thereby strengthening the family bond and reducing the risks of women suffering prejudice and social isolation. In addition to holistic care, based on establishing a bond of trust, where the nurse must be available to hear the other, demonstrate empathy, human warmth and solidarity going beyond the technique.

Keywords: Uterine Cervix Neoplasia. Psychological adaptation. Diagnosis.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Características das mulheres com diagnóstico de câncer, segundo idade, procedência, renda familiar mensal, religião e ocupação. Hospital do Câncer. São Luís – MA..... 27
- Quadro 2 – Categorias que emergiram das falas das mulheres com diagnóstico de câncer. Hospital do Câncer. São Luís – MA, 2018.. 28

LISTA DE SIGLAS

ARC	Agência Internacional para Pesquisa sobre o câncer
ASCUS	Atipias em células glandulares
ASGUS	Células glandulares atípicas de significado indeterminado
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Imunodeficiência humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNI	Política Nacional de Imunização
PRO ONCO	Programa em Oncologia
SISCOLO	Sistema de informação do Câncer de colo uterino
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivo Especifico	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	Politica nacional de atenção integral a saúde da mulher e sua evolução	16
3.2	Câncer cervical Uterino	19
4	METODOLOGIA	23
4.1	Delineamento do estudo	23
4.2	Local de pesquisa	23
4.3	População e Amostra	23
4.4	Técnicas e Instrumentos	24
4.5	Coleta de dados	24
4.6	Análise dos dados	24
4.7	Considerações éticas	25
5	RESULTADOS	27
6	DISCUSSÃO	29
6.1	Vivenciando o Diagnóstico	29
6.2	Aceitando o Tratamento	32
6.3	Rede de apoio	36
6.4	Preconceito e Isolamento Social	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	55

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino visto como um grave problema de saúde pública, causado principalmente pela infecção persistente por alguns tipos do papiloma vírus humano (HPV), desenvolvem alterações celulares evoluindo ao longo do tempo ao carcinoma (LOBO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2018).

Com cerca de 530 mil casos novos ao ano no mundo, o câncer de colo uterino ocupa o quarto lugar entre as neoplasias que acomete as mulheres excetuando os casos de pele não melanoma, sendo responsável por 265 mil óbitos ao ano, apesar de ser tratável e curável quando diagnosticado precocemente, e prevenível por meio do uso de preservativos sexuais que impede a infecção sexualmente transmissível, a situação é preocupante (INCA, 2017).

No Brasil, é considerado o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres, excetuando os de pele não melanoma, com o número de casos novos de câncer de colo de útero, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2016, foi 16.340, com uma taxa bruta estimada em 15,85 casos para cada 100 mil mulheres, ocupando o terceiro lugar em frequência, excetuando os tumores de pele não melanomas. Os índices mais preocupantes encontram-se nas regiões Norte, que ocupa o primeiro lugar em frequência, seguida das regiões Centro-Oeste e Nordeste, com segundo lugar em frequência. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul apresentam menor incidência ocupando o terceiro e quarto lugar respectivamente (BRASIL, 2016). Entre os estados do Nordeste o Maranhão, é o que tem estimativa de taxa bruta mais elevada de 28,57 para cada 100 mil mulheres, e onde também ocorre um dos maiores índices de mortes causadas por esse câncer (BRASIL, 2016).

Estudos têm demonstrado que fatores socioeconômicos, geográficos e culturais estão associados com a não realização da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011); (FERNANDES *et al.* 2009). Os alarmantes índices de mortalidade nos países pobres e em desenvolvimento demonstram que prevenir ou diagnosticar este câncer em fases iniciais ainda é um problema a ser vencido.

Não ocorrendo com frequência em mulheres jovens com menos de 25 anos de idade, tem seu pico de incidência na faixa etária a partir dos 25 aos 44 anos, com ápice na década de 40 a 50 anos, estando relacionada a infecção pelo

HPV que em jovens consegue regredir o desenvolvimento das lesões cervicais, ao passo que em mulheres adultas, tende a evoluir (SPECK, 2015).

Atualmente, o exame de Papanicolau é tido como uma estratégia de rastreamento, recomendado como prioridade para mulheres de 25 a 64 anos ou que já estejam com a vida sexual ativa. Sendo preconizada para o rastreamento a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, desde que após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem a finalidade de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (LODI *et al.* 2012).

A rotina recomendada de repetição após um ano da realização do primeiro exame visa diminuir um possível resultado falso-negativo, sendo preconizado pela OMS que com uma cobertura aproximadamente de 80 % dos casos e garantindo um diagnóstico e tratamento adequados, aumenta a possibilidade na redução em até 90% o câncer invasivo (INCA, 2012).

Devido seu desenvolvimento lento, o câncer de colo uterino é silencioso nos estágios iniciais, evoluindo progressivamente a partir de lesões leves, denominada displasia que evoluem para severas, e depois para carcinoma, e se não tratadas, para o câncer invasivo cervical escamoso, cuja cura é mais difícil. Com essa evolução tácita e prolongada, o tempo de desenvolvimento do tumor pode levar em média de 10 a 12 anos o que ajuda a detecção já em estádios iniciais (VIDAL, 2009).

Baseado nos fatores etiológicos e o comportamento biológico das lesões, o cuidado e a prevenção têm um importante significado no contexto atual e, com o tempo, vem se tornando essencial para se trabalhar na área da saúde, principalmente no âmbito da saúde pública, já que os profissionais desta área estão assumindo, cada vez mais, essa responsabilidade de educar, orientar e cuidar, para prevenir.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro atuante na atenção primária em saúde deve exercer atividades para prevenir o aparecimento de lesão cervical, dentre elas: realizar atividades educativas, esclarecendo a importância da realização do preventivo, desmitifica os tabus que ainda existe para realização, bem como em

relação ao câncer cervical uterino, realizar a coleta de material para citologia oncológica, interpretação de resultados, e, sempre que necessário encaminha e monitora dos casos suspeitos ou confirmados de câncer, que se configuram como técnicas específicas de sua competência (DUARTE *et al.* 2011; DAMASCENO *et al.* 2011).

Batista e Mendonça (2015), afirma que o enfermeiro é protagonista no cuidado a essa mulher, desde a prevenção permeando por todo o tratamento, pois o seu papel de educador deve manter-se presente ao longo do processo saúde doença, orientando o paciente, a família quanto ao tratamento, possíveis reações adversas, estreitando laços e vínculos que são suporte a mulher no enfrentamento do câncer.

Uma vez instalada a doença, a terapêutica empregada pode variar desde tratamento cirúrgico, aplicações de braquiterapia, radioterapia, quimioterapias, hormonioterapia, constituindo assim uma nova etapa na vida das pacientes que precisa ser assistida por uma equipe humanizada e dedicada.

A enfermagem tem um papel peculiar que apesar de ter sido visto por muito tempo associado exclusivamente à execução de procedimentos, deve compreender o comportamento subjetivo de cada mulher acometida pelo câncer, pois com o passar do tempo, somente a prática da técnica deixou de ser primordial e passou a ser dada importância às intervenções aos problemas psicossociais, dando-se ênfase ao conceito de cuidado de si e da humanização no processo do cuidar (INCA, 2008).

Por ser considerada ainda como uma doença estigmatizante pela sociedade, a mulher que vivencia o câncer sofre influência por fatores culturais que impulsionam a enfrentar a nova realidade ou não. Sanches *et al.* (2011), afirma que há impacto emocional ocasionado pelo modo de comunicação do médico ao confirmar o diagnóstico, a falta de habilidade, acolhimento, humanização, os juízos de valores impostas no diálogo, bem como na linguagem não verbal e a não inserção da mulher como sujeito ativo na escolha do tratamento dificultam a compreensão da gravidade da doença, a adesão ao tratamento, e o seu enfrentamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer a percepção das mulheres frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino.

2.2 Específicos

- Identificar características das mulheres entrevistadas;
- Compreender as situações vivenciadas e o enfrentamento por mulheres no momento do diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Política nacional de atenção integral a saúde da mulher e sua evolução

A saúde a mulher foi incorporada às políticas públicas a partir do século XX, com programas restritos a maternidade com questões relacionadas à gestação e ao parto, uma vez que se baseavam na biologia e o papel social da mulher, cujo objetivo era fazer das mulheres, melhores mães (BRASIL, 2011).

A mulher era assistida apenas no período gravídico e pós-parto com uma assistência verticalizada sem atender as reais necessidades de saúde dessa população, fragmentando a assistência prestada. Segundo Moreira (2016) na perspectiva de reduzir a desigualdade com os homens, e melhorar a autonomia política e econômica das mulheres, criou-se o programa materno infantil, ampliando o cuidado ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério.

Sendo criticado por movimentos feministas brasileiros devido à fragilidade, centralização, e falta de desarticulação com outras políticas, apresentou baixo impacto nos indicadores a mulher. Dessa forma, esses grupos organizados reivindicavam seus direitos buscando melhorias das condições de saúde em todos os ciclos da vida (PANZETTI, 2013).

Assim em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) marcada com uma ruptura de conceitos com princípios norteadores da política de saúde da mulher e critérios de escolha de prioridades para esse grupo (TEIXEIRA, 2015).

O PAISM incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de mama e colo de útero (SILVA *et al.* 2009).

Nesse mesmo período na década de 80, o movimento de reforma sanitária que estruturava o Sistema Único de Saúde (SUS) influenciou a implementação do PAISM com proposta de descentralização, hierarquização, e regionalização dos serviços.

As novas características do SUS, as novas particularidades das políticas em saúde e a reorganização da atenção básica de saúde através da

municipalização, o qual foi implantado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica, ampliou a responsabilidade municipal na atenção básica através das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), onde os municípios são responsáveis por ações básicas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, e garantir o acesso aos outros níveis de saúde (BRASIL, 2004; ROCHA et al. 2017).

Em 1986, constituiu-se o Programa de Oncologia (PRO – ONCO), que contava com a administração da Campanha Nacional do Câncer elaborou o projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico Uterino, que atuava integrando com os programas, ampliando a rede de coleta de material e melhorando as instalações dos laboratórios de citopatologia, assim como estruturarem-se junto aos demais níveis de atenção à saúde. Após a consolidação do SUS em 1988, o ministério da saúde assumiu a coordenação da política de saúde no Brasil, e o INCA tornou-se responsável pelas políticas nacionais do câncer, incluindo o PRO – ONCO (PANZETTI, 2013; TEIXEIRA, 2015).

Anos mais tarde, em 1996 o Ministério da Saúde mediante a necessidade de controlar e combater o câncer cervical uterino o INCA elaborou o projeto Viva mulher cujo objetivo era avaliar as estratégias utilizadas para o controle do câncer e testar programas que considerava as divergências regionais e socioeconômicas, cuja ação consistia em tratar imediatamente as lesões precursoras do câncer pela técnica da cirurgia de alta frequência durante a colposcopia ainda no ambulatório, contudo, esse projeto restringiu-se apenas a cinco estados (PANZETTI, 2013).

Mediante a necessidade de intensificar e ampliar o projeto, o MS reuniu técnicos com parceiros nacionais e internacionais que elaborou um Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98 onde adotava estratégias para estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações, estabelecimento de mecanismos para mobilização e captação de mulheres na atenção básica, setor secundário e terciário (INCA, 2011).

Sendo transferida mais tarde, sob a coordenação do INCA, instituindo ainda o Sistema de informação do Câncer de colo uterino (SISCOLO), ferramenta para gerenciar e monitorar as ações (INCA, 2005).

Em 2002, ainda buscando o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária e ampliação dos centros de referências houve uma segunda etapa da intensificação, privilegiando mulheres que nunca havia submetido ao exame Papanicolau ou realizavam com uma frequência irregular. Três anos mais tarde, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que determinava como fundamental nos planos estaduais e municipais, o controle dos cânceres de colo de útero e de mama, através da implementação do plano de ação para controle dos dois tipos de câncer, através do aumento da cobertura da população alvo, fortalecimento do SISCOLO, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de capacitação e pesquisas. Além da inclusão de metas a serem atingidos pelos estados e municípios por meio do diagnóstico precoce (INCA, 2010).

Dessa forma, a perspectiva atualmente do programa é monitorar as ações nos três níveis de atenção a saúde, onde a atenção primária visa a promoção da saúde, através da propagação de informação e diminuição de barreiras de acesso aos serviços de saúde com ações na comunidade, garantindo o acesso a informações claras, consistentes e apropriadas a cada território (KRINGOS et al. 2010).

Além de atuar na prevenção primária por meio da distribuição de preservativos, informação sobre a importância da utilização e fortalecimento do esquema vacinal com a introdução da vacina anti-HPV, a detecção precoce, pela realização regularmente do exame citológico do colo de útero (GARCIA, 2010).

Na atenção especializada ou setor secundário, os serviços prestados servem de referência para confirmação o diagnóstico e tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer de colo uterino, por meio de consultas com profissionais especializados em centros de saúde.

A atenção terciária consiste nos serviços diagnósticos e terapêuticos hospitalares, sendo a referência hierarquicamente do setor especializado. Nesses serviços, realizam procedimentos específicos, como confirmação histológica, procedimentos cirúrgicos de baixo a alta complexidade em oncologia, oferecendo todo o tratamento preconizado, como radioterapia, braquiterapia, quimioterapia, tratamento paliativo.

Segundo PNAO, esse atendimento deve ser realizado por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), sendo capazes de determinar o

estadiamento da doença, o tratamento, o cuidado e garantir uma assistência de qualidade (INCA, 2010).

3.2 Câncer Cervical Uterino

Caracterizado por uma lesão intrauterina maligna e constituindo um problema grave de saúde pública, o câncer cervical uterino teve seu marco na década de 40, quando o pesquisador Papanicolau ao analisar esfregaços citológicos vaginais percebeu a presença de células atípicas sem malignidade, mas que poderiam vir a tornarem-se malignas (PANZETI, 2013).

A busca para entender como se comportavam as mulheres e suas alterações hormonais através de secreções intrauterinas fez com que o médico alemão Georges Papanicolau descobrisse a presença de células tumorais em fragmentos vaginais. Contudo, apesar da descoberta de um novo método diagnóstico para o câncer uterino, a proposta do médico foi pouco aceita na sociedade da época devido a exposição que mulher deveria ser submetida para conseguir realizar o teste, assim o preconceito e o receio de expor-se a outros, dificultaram a adesão ao exame que anos mais tarde seria o mais eficaz para detectar lesões cancerígenas no colo uterino (INCA, 2012).

Sabendo-se que a manifestação clínica do câncer cervical uterino nos estágios iniciais é silenciosa, seu diagnóstico depende exclusivamente da análise de esfregaços vaginais, apenas com o avançar da doença é que se pode perceber a manifestação através de verrugas na mucosa vaginal, sangramentos, cólicas abdominais, dores durante o coito.

A evolução do câncer tem início com a fase pré-maligna, onde a lesão ainda está *"in situ"* ou pré-invasiva, também conhecida como Neoplasia Intraepitelial Cervical I, onde ainda não há invasão da doença e quando controlado evita a progressão para a fase invasiva, quando já se tem invasão de tecidos, conhecida como Neoplasia Intraepitelial II e III, divergindo em graus mediante o comportamento biológico (INCA, 2011).

A classificação baseada no citopatológico ou comportamento biológico da lesão foi reavaliado em 1988 nos Estados Unidos da América e revisado em 2001 e utilizada até hoje, retifica que as lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau são

classificadas em NIC I, as NIC II e III são as lesões epiteliais escamosas de alto grau (AIDÉ *et al.* 2009).

Apesar de já existir classificação para as lesões intraepiteliais, é importante que as células que não podem ser classificadas como tal, mediante o cito - patológico merecem uma investigação, pois as atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) ou atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS) podem evoluir gradualmente em mulheres após os 30 anos de idade para alguma neoplasia apesar do risco para câncer invasivo seja baixo (LODI *et al.* 2012).

Em relação à etiologia, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é tida como condição importante para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo de colo de útero. Contudo, a infecção pelo HPV tendo em vista o tipo, a carga viral, e o tipo de infecção se única ou múltipla, por si só não se configura uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia (AIDÉ *et al.* 2009).

Atualmente são reconhecidos pela Agência internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC), quinze tipos de papilomas vírus humano oncogênicos dentre os mais frequentes, são o HPV16 e o HPV 18 responsável por 70 % dos casos de câncer cervical, além dos subtipos HPV 31, 33, 35,39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 e 82. Sendo mais comum na América Latina, os tipos 16, 18, 61, 71, e 58 e no Maranhão os subtipos 16, 58, 31 (IARC, 2012; INCA, 2013).

Assim, a vacinação contra o HPV tem representando uma estratégia de combate a esse câncer, pois impedem imunização ativa contra os subtipos agressivos, sendo incluída no calendário vacinal desde 2014 quando foi implementada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), e atualmente disponível para meninas com idade entre 9 a 14 anos e meninos entre 12 e 13 anos de idade com o intuito de aumentar a cobertura vacinal e reduzir os casos de casos de pênis, ânus, garganta (IWAMOTO *et al.* 2017).

Outros fatores que corroboram o desenvolvimento e seguimento das lesões existente são associação com outros fatores de risco, como: a idade, pois as lesões por infecção por HPV mulheres com mais de 30 anos é mais persistente, além dos fatores imunológicos, como a baixa imunidade, coinfeção por agentes infecciosos como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis*, o tabagismo, multiplicidade de parceiros, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas,

sexarca precoce, genética, coinfeção por agentes infecciosos como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* (BARASUOL; SCHMIDT, 2014).

Concentrando sua incidência em mulheres com idade acima de 35 anos de idade, e mortalidade na faixa etária dos 45 a 65 anos de idade, já percebe o desenvolvimento em mulheres mais jovens abaixo dos 30 anos de idade, podendo está associado ao início precoce da vida sexual, apesar de haver uma orientação para evitar o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras assintomáticas em mulheres com idade inferior a 25 anos de idade.

Com a intenção de abrange todas as mulheres na faixa etária de risco, a OMS preconiza o exame Papanicolau como uma estratégia de rastreamento, recomendado como prioridade para mulheres de 25 a 64 anos ou que já estejam com a vida sexual ativa. Para o rastreamento a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, desde que após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (INCA, 2012).

A repetição em um ano após o primeiro teste tem a finalidade de reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (LODI *et al.* 2012).

Já em mulheres imunodeprimidas, o exame citológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão (SPECK, 2017).

Além do exame preventivo, outra propedêutica complementar utilizada para mulheres com resultado positivo é a colposcopia que deve realizado por profissional capacitado e treinando, pois, permite avaliar melhor as lesões pré-invasivas, invasivas, definir a extensão das lesões, orientar a biopsia, e auxiliar no tratamento de lesões pré-cancerígenas (JERONIMO *et al.* 2017)

O diagnóstico tardio, comprometer o tratamento, uma vez que o câncer cervical pode disseminar-se para outras estruturas adjacentes como corpo do útero, vagina, cavidade intestinal, bexiga, reto, além de disseminação linfática e hematogênica, resultando em metástase (PEIRSON *et al.* 2013).

Dessa forma, o tratamento pode variar mediante o estágio do tumor e o comprometimento. A escolha do tratamento deve ser decidida pelo médico e paciente podendo ser realizado isoladamente ou associando um ou mais métodos terapêuticos. O seguimento das mulheres com câncer de colo uterino baseia-se na presença de sinais e sintomas e avaliação realizada pelo profissional médico nos retornos inicialmente com intervalos de três a seis meses nos primeiros dois anos pós – tratamento e conseguinte anualmente (ELIT *et al.* 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado, abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes.

4.2 Local de pesquisa

Trata-se de um estudo realizado no ambulatório de ginecologia oncológica do Hospital de Câncer do Maranhão, que atende mulheres em diagnóstico de cânceres uterinos e anexos, e em tratamento.

4.3 População e amostra

O estudo foi realizado em 12 mulheres atendidas no ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital de Câncer do Maranhão, que receberam o diagnóstico de câncer de colo uterino.

Na pesquisa qualitativa, a amostra não é aleatória, mas a ideal é aquela que reflete o conjunto de suas múltiplas dimensões e o número de entrevistas considerado relevante para a análise, sendo definido mediante as convergências e divergências sobre o tema que venham a se refletir nas diferentes falas (MINAYO, 2010).

O número de entrevistas foi definido durante a coleta de dados por meio do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas foram interrompidas quando os discursos apresentaram repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise (SILVERMAN, 2009). Esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa.

4.4 Técnicas e instrumentos

Para realizar a presente pesquisa a técnica utilizada foi entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

Para a identificação dos participantes foi utilizado um questionário composto por questões relacionadas à escolaridade, idade, cor, religião e renda familiar mensal. Para a abordagem qualitativa foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas norteadoras voltadas aos conhecimentos relacionados à percepção das mulheres ao receber o diagnóstico e o tratamento para o câncer de colo uterino.

Para garantir à fidedignidade dos relatos as entrevistas foram gravadas com o consentimento prévio das mulheres e posteriormente transcritas. Tanto a coleta de dados quanto a transcrição foram realizadas pela mesma pesquisadora, por compreender ser este um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise.

4.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados, inicialmente foi feito convite às mulheres para participarem da pesquisa e em seguida foi realizado um agendamento para a entrevista com o estabelecimento do local e dia apropriado.

A entrevista foi subsequente à apresentação da justificativa e dos objetivos da pesquisa pelo entrevistador e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante (APÊNDICE B).

O encontro foi conduzido pelo pesquisador de acordo com o agendamento e disponibilidade da participante. Sendo a entrevista registrada por gravação em áudio.

4.6 Análise dos dados

Após as entrevistas foi realizada a transcrição e leitura exaustivas sendo as falas agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2010) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das

mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Os significados manifestos e latentes no material qualitativo podem ser buscados a partir de diversas técnicas de Análise de Conteúdo. São quatro as modalidades da Análise de Conteúdo: Análise de Expressão, Análise de Relação, Análise Temática e Análise de Enunciação. Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a análise temática foi a opção deste estudo por ser categorizada através de uma palavra, uma frase. Fazer uma análise temática é descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2010).

Para realizar a análise dos, foram adotados os seguintes passos de acordo com Minayo (2010).

- Pré – Análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas e foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.

- Fase de categorização-exploração do material: nesse momento o material foi explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, foram procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.

- Análise dos resultados e interpretação: a análise final sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, onde foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

4.7 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-CEP-HUUFMA e atendendo às exigências da Resolução CNS nº466/12 e suas complementares, foi aprovado com o parecer nº 2.341.311.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), autorizando sua participação na pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, bem como os demais instrumentos utilizados, ficarão arquivadas com garantia de confidencialidade.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 12 mulheres com idades entre 18 e 71 anos, predominantemente de cidades do interior do estado do Maranhão. Para garantir o sigilo necessário as mulheres foram identificadas pela letra M, referente à “mulher”, seguido da numeração crescente conforme a ordem das entrevistas realizadas. As profissões estavam relacionadas a baixo rendimento financeiro (do lar, lavradora, estudante, comerciante, professora). Em relação à religião, houve predominância de mulheres católicas. Quanto à raça/cor 03 mulheres se autodeclararam brancas, 02 negras e 07 pardas. Somente 2 mulheres não tinham filhos, 01 tinha 14 filhos e as demais tinham entre 2 a 5 filhos. Apenas 04 das mulheres referiu nunca ter realizado preventivo para câncer de colo uterino, as outras referiram ter realizado ou em campanhas ou o fizeram de modo irregular. Quanto à escolaridade, três tinham ensino fundamental incompleto, duas tinham ensino fundamental completo, três nunca havia estudado, uma com ensino médio incompleto, e uma ensino médio completo, um nível superior incompleto, um ensino superior completo.

Quadro 1 – Caracterização das mulheres com diagnóstico de câncer uterino. Hospital de Câncer do Estado do Maranhão. São Luís – MA, 2019.

Nome	Idade (anos)	Cor	Profissão	Escolaridade	Religião	Filhos	PCCU
M01	32	Branca	Do lar	Ens. Fund. Incomp.	Católica	01	Sim
M02	31	Parda	Lavradora	Ens. Fundamental	Católica	02	Sim
M03	42	Branca	Lavradora	Ens. Fundamental	Católica	03	Sim
M04	21	Parda	Atendente	Ens. Sup. Incomp.	Evangélica	0	Sim
M05	49	Parda	Do lar	Não alfabetizada	Católica	04	Não
M06	71	Negra	Do lar	Não alfabetizada	Católica	05	Não
M07	57	Negra	Lavradora	Ens. Fund. Incomp.	Evangélica	14	Não
M08	36	Parda	Do lar	Ens. Fund. Incomp	Evangélica	01	Sim
M09	57	Parda	Lavradora	Não alfabetizada	Evangélica	02	Sim
M10	38	Branca	Comerciante	Ensino Médio	Católica	02	Sim
M11	35	Parda	Professora	Ensino superior	Católica	02	Sim
M12	17	Parda	Estudante	Ens. Méd. Incomp	Católica	0	Não

A análise das entrevistas permitiu descrever as falas das participantes elencando os núcleos de sentidos possibilitando o surgimento das categorias: vivenciando o diagnóstico; aceitando o tratamento, rede de apoio; preconceito e isolamento social.

Quadro 2 – Categorias que emergiram das falas das mulheres com diagnóstico de câncer. Hospital do Câncer. São Luís – MA, 2019.

Categorias	Análise
<i>Vivenciando o diagnóstico</i>	<p>A experiência em receber o diagnóstico de câncer, mostrou que as mulheres vivenciaram sentimentos de dúvidas, medo, tristeza e desespero.</p> <p>Algumas mulheres perceberam ao longo dos anos, antes diagnóstico, manifestações de sintomas ou sinais que indicavam que havia algo de estranho acontecendo em seu corpo.</p>
<i>Aceitando o tratamento</i>	<p>A adesão à terapêutica foi vista como uma nova realidade, trazendo insegurança, medo, constrangimento, fragilidade e gerando sentimento de impotência, transtorno emocional e até depressão.</p>
<i>Rede de Apoio</i>	<p>As repercussões no seio familiar representaram tanto aspecto positivo como negativo de acordo com as atitudes e comportamentos vivenciado na rede de apoio, fortalecendo ou fragilizando a mulher no enfrentamento do câncer.</p>
<i>Preconceito e Isolamento social</i>	<p>O desconhecimento de informações sobre a patologia pode levar ao preconceito e tabu, gerando situações de afastamento e ao isolamento social.</p>

6 DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível conhecer as manifestações das mulheres quanto a experiência relacionada ao diagnóstico e do tratamento com câncer de colo uterino de acordo com as categorias que emergiram. A construção das categorias possibilitou uma associação com a realidade vivenciada pelas mulheres acometidas pelo câncer de colo uterino do diagnóstico ao longo do tratamento. Sendo assim, as categorias desenvolvidas para este estudo são descritas a seguir por recortes de suas falas destacadas dos núcleos de sentido.

6.1 Vivenciando o diagnóstico

O impacto causado pela descoberta da doença acarreta a mulher, experiências de sentimentos contraditórios, podendo adotar comportamento e atitude diferente. A experiência em receber o diagnóstico de câncer, mostrou que as mulheres vivenciaram sentimentos de dúvidas, medo, tristeza e desespero ao ouvir a notícia, divergindo em maior ou menor grau entre as mulheres.

Quando eu recebi o diagnóstico foi um choque, fiquei 3 dias ruim (M01).

Primeira coisa é preocupação, porque é uma coisa que a gente não espera [...] e eu mesmo não sentia nada, uma dor de cabeça lá uma vez. O Dr. do posto de Saúde, disse que queria conversar com a minha família, eu levei minhas filhas e ele falou. Mas eu não entendia nada (M07).

Quando eu soube que me falaram q era o câncer, eu fiquei muito triste, desanimada, chorei muito, me desesperei. Eu pensava que eu ia morrer (M03)

3

Eu entrei em pânico, fiquei com muito medo. Eu comecei a chorar mesmo, eu nunca imaginei que eu fosse passar por um momento tão difícil na minha vida (M04).

O diagnóstico do câncer chega a ser considerado o pior momento da vida de um indivíduo, uma vez que a compreensão sobre a doença nem sempre está clara, bem como as possíveis mudanças que ocorrerão, a adaptação ao novo estilo de vida que virá. Atrelado a essas impressões, os sentimentos negativos se destacam entre as mulheres, o medo, o desespero e a tristeza (PÉSSOA *et al.* 2018; COSTA *et al.* 2017).

O câncer ainda é rotulado, estando associado à possibilidade da finitude da vida, apesar dos avanços da medicina, as mulheres tendem a expressar sentimentos variados, proporcional ao grau de enfrentamento manifestados por ela, variando de uma para outra, mediante o contexto social e a familiaridade com a situação, uma vez que esse tipo de neoplasia maligna é mais comum em mulheres com baixa condição social e idade entre os 35 a 55 anos de idade e maior taxa de mortalidade entre 45 a 64 anos (OLIVEIRA, 2012; SILVA *et al.* 2016; MATTOS *et al.* 2014).

Apesar do desenvolvimento longo da patologia, já se percebe casos de câncer de colo uterino em jovens, sendo o mais frequente entre os tumores do sexo feminino em adolescente e jovem de 15 a 29 anos de idade, assim como um aumento na representatividade dos cânceres invasivos nessa faixa etária (INCA, 2017).

Ainda que as lesões precursoras, geralmente manifestadas em mulheres jovens, não sejam consideradas câncer, e a falta de adesão na realização do preventivo pelo público alvo principalmente em regiões menos desenvolvidas, assim como a falta de condições de saúde que proporcionam seguimento para a realização da prevenção e posterior seguimento aumentam a incidência em idades mais jovens (SARZI *et al.* 2017).

A realização do exame citológico é a estratégia adotada para detecção de lesão em mulheres a partir de 25 a 64 anos de idade devido à alta incidência de mortalidade. Contudo a realização em mulheres com idade inferior com vida sexual ativa é considerável, uma vez que a zona de transformação do epitélio cervical é mais vulnerável nessa faixa etária a infecção, acarretando alterações passíveis de desenvolver o câncer. Todavia, Silva *et al.* (2014), considera desnecessária a realização do rastreamento fora da faixa etária preconizada.

Outro aspecto destacado pelas mulheres foram às alterações corporais ao longo dos anos até o diagnóstico, como as manifestações dos sintomas ou sinais que indicavam que há algo de estranho estavam acontecendo. A evolução lenta assintomática e ausência de periodicidade ao serviço de saúde dificultam o diagnóstico precoce das lesões pré-cancerígenas, diminuindo assim a incidência do câncer de colo uterino.

[...] eu comecei a sentir dor e sangramento na relação sexual (M01).

Eu sentia a vagina arder durante a relação sexual, e tinha uma secreção continua com mau cheiro (M02).

Muito tempo eu não tinha relação, mas sentia um embucho um peso aqui na barriga, aí minha barriga começou a crescer ficar inchada (M06).

Comecei a sentir uma dor na coluna, que ia para as pernas que atrapalhava meus afazeres (M07).

Eu sentia uma dor de cabeça, depois umas tonturas, dor nas pernas, um peso que não deixava fazer nada em casa (M08).

O reconhecimento dos sintomas e como se manifestam, repercute sentimentos e diversos significados para a mulher, uma vez que a intensidade reflete a busca pelo serviço de saúde a procura do diagnóstico, considerando o contexto cultural, social e econômico, posto que o acesso à informação sobre o cuidado de saúde está relacionando diretamente ao baixo nível de escolaridade, ao passo que as mulheres de baixa renda são mais vulneráveis a infecções sexuais transmissíveis, sendo esta diretamente relacionada ao desenvolvimento da enfermidade (SANTOS *et al.* 2014).

A percepção de algo errado, e a dúvida de um possível diagnóstico mediante as suposições, configuram uma importante fase na vida dessa mulher, mediante as mudanças que intercorrem no dia- a dia, uma vez que atrapalha os afazeres domésticos e profissionais. As manifestações dos sintomas relatados pelas mulheres estão geralmente associadas ao câncer invasivo em outros tecidos e órgãos (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Outro ponto importante percebido através das falas revela que as mulheres ao receber o diagnóstico recebem como se estivessem recebendo a sentença de morte.

Eu pensei: eu não quero morrer, eu não vou morrer (M01).

Em casa eu chorava muito, muito, e pensava que ia morrer, porque a minha mãe também teve e me deixava desesperada (M03).

Quando eu ficava sozinha, eu ficava pensando, meu Deus do Céu, não me deixa morrer (M08).

Apesar da possibilidade de cura em estágios iniciais e os avanços tecnológicos da medicina não são suficientes para aceitação do diagnóstico, estando

relacionando a imagem representacional do câncer, como uma doença incurável, que gera dor e sofrimento (OLIVEIRA; GOMES, 2008; SILVA, 2008).

Assim, a maneira como o indivíduo compreende o câncer irá influenciar o processo de adoecimento de forma positiva ou não, de modo que as ideias, concepção, crenças que a pessoa tem sobre a doença reflete seu comportamento ao receber o diagnóstico, tal como a representação simbólica negativa do câncer resulta em um sofrimento psicológico que perpassa do diagnóstico ao fim do tratamento (COSTA, 2013).

6.2 Aceitando o tratamento

A aceitação do tratamento está relacionada ao modo que se recebe o diagnóstico e o possível enfrentamento da doença, assim a adesão à terapêutica proposta é vista como uma nova realidade, gerando insegurança, medo, constrangimento, fragilidade.

Eu perguntei para médica se eu ia ficar boa, ela disse que tinha que fazer um tratamento longo, mas que ia dar certo, eu não sabia o que era, nem como era, mas tive que fazer. Maior sofrimento (M04).

[...] Ficava pensando sobre o tratamento. Ai veio aquela angustia [...] (M07).

O mais triste pra mim foi quando ela me deu as orientações em um papel e foi me explicando o que ia acontecer comigo, ai quando ela falou do meu cabelo, que teria que ia acordar e vê meus cabelos no travesseiro, que ai cair, cada dia mais, e eu na minha cabeça eu ia repreendendo (M08).

Ao confirmar o diagnóstico, as mulheres entenderam que são obrigadas a aceitar a terapêutica proposta, como única possibilidade de amenizar os sintomas, alcançar a possível cura, distanciando-se da morte e assim buscam enfrentar a doença.

O tratamento é planejado mediante o estagio clínico do câncer, tipo histológico, idade, recursos disponíveis, sendo sempre decidida entre o médico e o cliente, divergindo em cirurgias, braquiterapia, radioterapia, quimioterapia que podem ser feitas isoladas ou combinadas, sendo discutindo entre a mulher e o oncologista buscando melhor prognóstico possível, contudo apresentam-se mutiladores, agressivos, deixando-as vulneráveis gerando incerteza da cura (SILVA *et al.* 2010).

Eu fiz primeiro a cirurgia, depois a quimioterapia que me deixou fraquinha, em seguida fiz radioterapia e a braquiterapia (M01).

“Eu comecei o tratamento, fiz a cirurgia, quimioterapia e radioterapia” (M02).

Eu não podia operar logo, eu tive que fazer a radioterapia que oncologista mandou, depois eu pude fazer a cirurgia, foi quando eu fiz a cirurgia, com muito medo (M06).

O médico disse que eu não vou poder fazer a cirurgia por conta da idade, aí eu tive que fazer a quimioterapia e radioterapia (M07).

O processo terapêutico das mulheres com câncer de colo uterino configura-se como uma transformação em todos os aspectos, físicos, emocionais, espirituais, sociais. A adesão ao tratamento é vista como um desafio a ser enfrentado, devido o sofrimento que permeia a terapêutica, sobretudo, alguns tratamentos específicos, que as tornam mais vulneráveis, gerando sentimento de impotência, transtorno emocional e até depressão.

Fiz a cirurgia, quimioterapia que me deixou fraquinha, radioterapia, mas a braquiterapia, ô coisa ruim, você fica lá sozinha (M01)

Continuei o tratamento, fiquei muito enjoada com a quimioterapia, preocupada, com o tratamento. [...] Na cirurgia EP o Dr. Tirou tudo, tudo, tudo (M03)

Ele fez a cirurgia, mais só me abriu e me fechou [...] disse que eu ia fazer outros tratamentos, radioterapia e quimioterapia [...] fiz todo o tratamento, sofri muito (M04).

Estava com colapso retal, tive que fazer a cirurgia EP, tirando tudo mesmo frente e atrás, depois a quimioterapia, e a braquiterapia [...] (M05).

Chegou o dia de fazer a primeira sessão de quimioterapia, eu fiz junto coma radioterapia, quando eu cheguei ao hospital, que via as pessoas, magras, passando mal, eu já ia ficando mal [...] Então eu fui ficando triste, ficando triste, quando cheguei nos 10 dias eu já estava assim muito ruim, entrando em depressão (M08).

O sentimento de tristeza e depressão vivenciados pelas mulheres ao serem submetidas à cirurgia de exenteração pélvica está associada a mutilação do corpo, devido a técnica radical que remove órgão pélvicos anteriores e até posteriores de acordo com a agressividade do tumor, assim as amputações de órgão tidos como símbolos femininos geram conflitos psicossociais (NEME; BREDARIOLLI, 2010).

Atrelando a perda de órgãos, algumas mulheres devido ao avanço da doença, ainda são portadoras de ostomias, podendo ser intestinal ou urinária, que conseguinte (SARZI *et al.* 2017).

Apesar dos transtornos acarretados pela submissão ao procedimento cirúrgico, a exenteração pélvica promove uma melhora na qualidade de vida das mulheres, aliviando alguns sintomas como fistulas e sangramentos reto-vaginal ou reto vesical e excisão completa do tumor com margens cirúrgicas livres (COSTA *et al.* 2008; SOUZA, 2014).

Outra terapêutica que reproduz sofrimento corporal é a braquiterapia, realizada geralmente subsequente a algum outro tratamento, potencializa a fragilidade das mulheres.

Fiz a cirurgia, quimioterapia que me deixou fraquinha, radioterapia, mas a braquiterapia, ô coisa ruim, você fica lá sozinha, ninguém diz nada como vai ser antes (M01).

[...] A sensação de fazer quimioterapia era muito difícil, a braquiterapia então, a pele ficou muito frágil, nas evacuações, eu sentia muita dor, na sessão eu nem sentia, mas em casa, eu sangrava, não podia sentar direito, era horrível, eu ficava desanimada entre as sessões de quimioterapia, batia aquele desespero, eu chorava, pensava em mi matar (M05).

[...]Eu chorava muito fazendo a braquiterapia, aquele negócio dentro da gente, doía muito, eu ficava na posição sem poder mexer, chorando e gemendo, sozinha em uma sala fria (M12).

Gerando desconforto físico e emocional pela posição desconfortável, e a invasão da privacidade, a braquiterapia é tido como sucesso, pois possibilita liberar altas doses de radiação direto no tumor, sem comprometer estruturas adjacentes, sendo utilizada como complemento da radioterapia convencional.

Contudo, a mulher suporta um aplicador no canal vaginal em posição ginecológica durante alguns minutos sob a supervisão de um profissional de saúde que fica em outra sala, sendo que, muitas das vezes essas mulheres não estão preparadas para enfrentar tal situação, cabendo a enfermagem a orientação correta quanto aos procedimentos realizados durante e após as seções (ROSA; SALES, 2008; SOARES *et al.* 2016).

Apesar de ser realizada semanalmente, a sensação dolorosa é aceitável após cada seção, variando em cada indivíduo assim como a ocorrência de sangramento vaginais discretos, muita das vezes oriundos da diminuição da

umidade e estreitamento da luz vaginal pela perda da elasticidade devido à radiação, um aumento da sensibilidade na mucosa vaginal, até estenose vaginal (SILVA et al. 2008).

Entretanto para melhor avaliação dos efeitos colaterais da braquiterapia é fundamental a atuação da enfermagem, identificando as queixas álgicas pós-terapêutica afim de melhor elaborar um plano de cuidado eficaz, bem como conhecer as sintomatologias apresentadas pela mulher e assim posteriormente comparar com as manifestações pós braquiterapia, de modo que viabilize a sistematização da assistência de enfermagem mais eficaz (VIDAL *et al.* 2012).

Assim como a enfermagem deve atentar para uma assistência com qualidade para com essas mulheres, gerando conforto e tratamento respeitoso, a equipe multiprofissional deve acompanhá-las, principalmente no tocante as frustrações desenvolvidas graças à disfunção sexuais pós-tratamento que afeta a resposta sexual para com o cônjuge, a diminuição da libido e o orgasmo (SOARES *et al.* 2016).

A adaptação ao novo estilo de vida constitui como desafiador a essas mulheres e familiares que terminam o tratamento para o câncer de colo uterino, alcançando o controle e até cura da doença, portanto, os profissionais de saúde devem assisti-las holisticamente, não somente supervalorizando a cura em detrimento da oferta de suporte para enfrentar o tratamento completo (SOARES *et al.* 2016).

6.3 Rede de Apoio

Frente às transformações que a mulher enfrenta do diagnóstico ao tratamento, as repercussões permeiam no seio familiar, sendo estes influenciadores positivos ou negativos sobre, o estado de saúde, o modo de lidar com a doença, as decisões que devem ser tomadas e, portanto, representando segurança e força para a mulher continuar a trajetória.

Se não fosse minha família [...] que choravam muito, me entendiam e viviam do meu lado [...] Foi muito importante pra mim (M03).

Minha família me ajudou muito, mesmo de longe me deram força, [...] meu marido nunca me abandonou, só não podia me acompanhar porque

trabalhava e nós não podíamos passar fome, e ainda tinha meus filhos q ele cuidada (M04).

O sistema familiar é inserido no contexto como fator de proteção, apoio, flexibilidade, pois permite e aceita que ocorram mudanças para melhorar as exigências do tratamento, assim, a união entre os membros da família representada pela estruturação dos vínculos afetivos é percebida como papel ativo e até decisivo na trajetória de luta da mulher (SILVA JUNIOR *et al.* 2014).

A enfermidade grave altera o padrão familiar desde a busca pelo diagnóstico, as dificuldades financeiras ocasionadas pelos gastos com o tratamento, até a alteração social da mulher, que antes cuidava de todos, agora precisa de cuidados.

A reorganização do sistema familiar é a busca por alternativas para adaptar-se as possíveis mudanças geradas pela doença, como a responsabilidade financeira, que no presente estudo revelou-se que participavam da renda familiar ativamente, depois do câncer, já não podem produzir como antes, o que impõem um novo estilo de vida para a família (OLIVEIRA *et al.* 2014).

Farinhas, Nwendling e Zanon (2013), confirmam que tais mudanças de vida incluem a perda da saúde, inversão de papéis anteriormente exercidos pela mulher, a não possibilidade de construir novos projetos de vida, a redução da renda, e o encurtamento do período de vida abalam o contexto social, psicológico, familiar e individual.

Assim, a família pode sentir com o mesmo grau de intensidade todo o processo de adoecimento e a busca pela cura sendo confrontada a todo instante com as necessidades do seu enfermo, e a maneira como considera e acolhe a nova realidade está relacionada à atenuação do sofrimento nos momentos críticos (QUIRINO; COLLET, 2012; SALCI; MARCON, 2008).

Apesar da rede familiar ser uma estratégia de enfrentamento para mediar à demanda imposta pela doença e as respostas produzidas pelo individuo diante da mesma, os familiares mais próximos sofrem alteração na sua rotina pois recebem responsabilidade em curto espaço de tempo, e convivem com o stress diário da rotina hospitalar (MANTOVANI; MANTOVANI, 2008; COSTA; LEITE, 2009).

Algumas mulheres, entretanto, vivenciaram a troca de papéis, constituindo-se como a fortaleza e o ponto de apoio para a família, buscando regular

a emoção frente aos familiares segundo Straub (2014), é chamada: inteligência emocional.

[...] pensar nos meus filhos, me encorajava, só vinha eles na minha cabeça porque eu vivia por eles, não pensava em nada, só neles (M05).

[...] mas quase Ninguém sabe mesmo que eu tenho a doença [...] graças a Deus que eu não baixo a cabeça nunca (M08).

Eu não chorava na frente dos meus filhos para eles não perceberem a minha tristeza, me mantinha sempre firme (M09)

Contudo, ainda que as mulheres referirem ser fortes, Guimarães (2015), afirma que a mulher poder está vivenciando o estado de negação da doença, abstendo-se da real situação, sendo posteriormente substituída quando a mesma já tem maior consciência do problema.

Entretanto, Melo, Magalhães e Carneiro (2014), reiteram a autonomia individual do paciente sendo preservado quando o mesmo mantém segredo, ou não revela os fatos reais, assumindo uma persona dupla, passando a imagem de que não tem e não sabe sobre a doença, em alguns casos assumindo um papel diferente do que fala, mascarando-se.

A recomendação em não praticar contato íntimo durante o tratamento, não é compreendida por alguns parceiros, tornando a relação conjugal conflituosa, fortalecendo assim, sentimentos negativos. Para Silva (2005), a gravidade de uma doença leva o casal, a refletirem sobre o que é importante ou não na vida para eles, consecutivamente podem ter ou não o estreitamento dos laços.

Sendo considerado fator relevante para uma possível separação, entre pacientes e cônjuge, segundo Seattle Cancer Care Alliance nos EUA, a mulher tem seis vezes mais chance de ser abandonada pelo parceiro após a descoberta de uma enfermidade grave, o que ameaça o tratamento, pelo comprometimento emocional.

E para piorar, o meu marido aprontou comigo. Quando eu comecei o tratamento ele estava comigo, o tempo todo, até o décimo dia. [...] Com 10 dias, eu descobri que meu marido tinha uma amante, eu descobri na doença. Eu saía, ele ficava falando com ela no telefone, eu fiquei tão ruim, não saía da cama, ruim. Dias depois, ele me falou que não dava mais, que não ia mais morar comigo que ele vinha embora para o Maranhão, e nós (família) em São Paulo (M08).

O meu companheiro não entendia e não me respeitava, percebi que não me amava, vivia ameaçando ir embora, até ir (M10).

O modo como o parceiro compreende a enfermidade e lida com ela, reflete na adaptação da mulher a terapêutica. Embora o sofrimento compartilhado interfira na rotina de ambos, a maneira como o casal enfrenta as dificuldades influencia a qualidade de vida e o enfrentamento diante de novas situações. E quando se tem a concretização da separação, a mulher já desestabilizada pela doença, precisa redefinir seu destino, procurando novos sentidos para cuidar-se e não mergulhar no sofrimento (YOCHIMUCHI, 2015).

Todavia, as mulheres quando tem o apoio do companheiro, apresentam maior confiança para enfrentar a enfermidade, tendo em vista que algumas experiências são exclusivas da relação a dois, assim o amor, o companheirismo, a amizade e o respeito proporcionam um alívio no sofrimento (OLIVEIRA; MORAIS; ADRA *et al.* 2015).

[...] meu marido chorava muito, me entendia e vivia do meu lado. Foi muito importante pra mim, às vezes ele não entende porque eu venho pra São Luís, mas eu explico que preciso vim, ele apoia (M09).

Meu marido, nunca me abandonou, só não podia me acompanhar porque trabalhava e nós não podíamos passar fome, e ainda tinha meus filhos que ele cuidava (M07).

Meu parceiro me ajudou muito, me entendeu, mas meus pais ficaram desesperados, era aquela loucura, choravam muito (M05).

A dedicação por parte dos companheiros é importante principalmente durante o tratamento, a mulher fragilizada precisa de atenção, carinho, compreensão e aceitar-se diante das reações da terapêutica, da abstinência sexual. Nesse sentido os maridos têm a função de apoiá-las e ajudá-las a lidar com tais mudanças.

Outro fator importante é a troca de papéis mediante as limitações por parte da doença e do tratamento, as atividades rotineiras de casa, o cuidado com os filhos, a dependência de outros pode instalar situações de isolamento social, de forma que o estabelecimento de diálogos e o amparo do cônjuge são imprescindíveis (SILVA *et al.* 2010).

Assim, enfrentar a doença e o tratamento disponível gera mudanças nos relacionamentos familiares, de modo que os relacionamentos mais consolidados conseguem permanecer e se fortalecem ainda mais, ao passo que os relacionamentos anteriormente abalados se desestruturam com maior facilidade,

não resistindo ao tratamento tornando-se muitas das vezes prejudicial à mulher (SALCI; MARCON, 2011).

Outro fator percebido pelas falas das mulheres como positivo no enfrentamento do tratamento oncológico é o apoio espiritual, uma vez que a espiritualidade coloca questões de significados para a vida com a ideia de “um ser sobrenatural”, possível de curá-las e proporcionar melhor bem estar e uma melhor qualidade de vida.

Eu pensava DEUS é maior, ELE não vai deixar de vê os filhos dele, é o que eu pensava. Comecei a ir pra igreja, graças a DEUS hoje eu sou evangélica (M03).

*Entreguei a minha vida nas mãos do Senhor, eu falei Senhor, se você me trouxe até aqui, eu acredito que eu vou ficar boa, vou ficar curada (M04).
Buscava muito em DEUS e eu sentia que estava curada, não tem como eu explicar, mas eu sentia (M05).*

E eu ficava fraca e sozinha, eu comecei a buscar em Deus, pra ocupar minha mente (M06).

*O que me ajudou muito foi à fé em Deus (M08).
Mas eu quero ficar curada, eu venho, mesmo com toda dor, Deus me ajudou e me ajuda, mesmo com toda dor (M10).*

Nesse momento de ressignificações, o apoio familiar e a religiosidade/espiritualidade reduzem as experiências negativas vivenciadas pela mulher, expressada por meio da fé em acreditar naquilo que não se vê, buscando forças, ponto de equilíbrio e esperança.

Ouro *et al.* (2018), afirma que a espiritualidade é o recurso que favorece aceitar a doença, e estimula a busca pelo tratamento e reabilitação da saúde, Aflakseir e Coleman (2011), confirma que enfrentar a doença confiando totalmente em Deus é comum, graças à ideia cultural, e bíblica que os problemas do mundo têm a intenção de testar indivíduos e impulsioná-los a seguir em frente com paciência e confiança.

Cummings e Pargament (2010) baseado no *coping* religioso, ou seja, a maneira religiosa que o indivíduo enfrenta a doença reitera que quando um estressor se relaciona a um objeto sagrado as pessoas recorrem a um método sagrado para lidar com o estressor. De modo que a função religiosa desempenha cinco grandes funções: Significado, controle, conforto, intimidade e transformação de vida.

Para Esperandio *et al.* (2018), o significado é a busca para entender o porquê de vivenciar a situação baseado no controle de sentimentos, da ansiedade,

buscando conforto mesmo diante da dor, e uma intimidade com si e com os outros, pois mediante a esperança de cura, aceita ajuda de outros, e assim transforma a dor na esperança de alcançar a cura.

O aspecto negativo no apego à espiritualidade no enfrentamento, essencialmente quando reflete tensões e lutas subjacentes dentro do indivíduo, resulta em piora do estado mental manifestada pelo aumento da ansiedade, e da depressão (PARGAMENT, 2011).

De modo que o sofrimento existencial faz parte do processo de aceitação da doença, deparar-se com o sentimento de perda de continuidade da vida, a interrupção de planos futuros, projetos, o medo da morte são fatores que dificulta atribuir sentimento a vida e o porquê lutar por ela (MELO *et al.* 2018).

Uma estruturação da rede de apoio ao paciente oncológico quer seja familiar, quer seja espiritual é essencial no enfrentamento do processo saúde doença, e sua adaptação, pois influencia a saúde mental do enfermo. Kübler – Ross (1998), afirma que o psicológico do doente se relaciona ao modo como o mesmo lida com as várias fases do processo de adaptação.

O recebimento do diagnóstico pode apresentar-se com a fase de negação da doença, onde o indivíduo não aceita, recusa a reconhecer a situação. Os pacientes não concordam com a existência de uma doença grave mesmo diante da iminente internação quando o mesmo já confirma o resultado em estágios avançados que requer tratamento imediato (CARDOSO *et al.* 2009).

A fase de revolta segue a aceitação do diagnóstico, reconhecendo a doença, mas questionando-se sobre o porquê ele está passando por essa situação. A paciente manifesta revolta e raiva, expressada por agressividade para com o outro bem como os responsabilizando pelos sofrimentos (ANDRADE, 2013).

Sendo importante a exteriorização dessa revolta para se alcançar uma aceitação mais tranquila, por seguinte, inicia a fase de negociação, onde o lado espiritual é colocado à prova o indivíduo tenta negociar suas dores como moeda de troca (SIMÕES NETO, 2010).

Mesmo diante das negociações com entidades celestiais, o paciente conscientiza-se da gravidade da doença, e entra no estado de tristeza e depressão, segundo Andrade (2013), segue um período de entronização, onde o paciente busca o silêncio, se atendo a toques pequenos e apertos de mãos. Esse estado pode ser transitório ou durável, sendo necessário o apoio profissional.

Por fim, o doente aceita a doença. A face da aceitação há compreensão do estado de saúde, e um novo sentido para viver. Contudo, a maneira como indivíduo enfrenta, as ferramentas utilizadas por ele (*coping*) são mediadas pelo tipo de estadiamento, tratamento e prognósticas habilidades e recursos pessoais e emocionais, crenças religiosas, valores, o contexto sociocultural e a relação profissional-paciente. Assim, o paciente pode apresentar todas as fases do processo de adaptação ou não.

6.4 Preconceito e isolamento social

O indivíduo é influenciado pela formação cultural desde seus comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, sua imagem corporal, atitudes frente à doença e outras desventuras, podendo todos, apresentar implicações para a saúde e para a sua assistência (HELMAN, 2012).

O processo saúde doença também sofre interferência social, econômica e cultural, sendo percebido por cada um de diferentes modos. Assim o câncer na atual sociedade é tido como uma doença culturalmente estigmatizante com representação negativa. A rotulação do câncer como uma doença fatal está diretamente ligada a ideia do sofrimento prolongado e proximidade da morte, resultando em preconceito com os indivíduos acometidos por tal doença, levando-os muitas das vezes ao isolamento social.

O sofrimento relacional e social confronta a dependência e ausência de apoio dos familiares e da comunidade, podendo associar a fatores econômicos e resultar em solidão, de modo que o apoio sentido por parte dos outros traz uma revalorização da vida (ALVES; VIANA; SOUZA, 2008; FERNANDEZ *et al.* 2013).

Apesar dos avanços da medicina, o câncer é visto como algo relacionado à punição ou castigo do mal realizado, assim, fazem com que a pessoa que vivência tal situação suporte uma carga moral associada à doença que interfere no modo como se entende a condição, assim como as outras pessoas reagem a ela (PANZETTI, 2013).

As mudanças na imagem corporal devido à radioterapia e a quimioterapia intensificam os sentimentos e é tida como constrangedoras, principalmente mediante

a discriminação que procede de pessoas que não tem informações sobre o a etiologia do câncer, a terapêutica disponível e as possíveis reações adversas.

Quando as pessoas próximas souberam da doença me discriminaram, foram se afastando, se afastando de fininho, todo mundo, todo mundo. Eu percebia, e falava olha, eu não pedi doença (M01).

Eu tinha muitas amigas, mas elas viraram as costas pra mim, todo mundo achava que eu estava condenada a morte por conta dessa doença e das reações [...] Eu me sentia mal, porque geralmente só quem tem essa doença é senhora, e eu novinha 17 anos na época, ficava com vergonha, as pessoas ficavam me olhando. Eu já não queria para ninguém me acompanhar [...] À medida que ia acontecendo às coisas, eu ia me afastando, me afastando, eu me reclusa cada vez mais, fiquei sozinha. Foi muito difícil (M04).

O desamparo social faz imergir nos sentimentos de tristeza, depressão, rejeição, comprometendo sua possível recuperação, uma vez que não aceitação pública repercute na qualidade de vida do mesmo (PEREIRA; BARBOSA, 2014).

O grau de satisfação com a vida apesar da doença e da terapêutica, engloba não apenas a função física, mas o bem-estar com o meio e a felicidade, sendo necessário dessa forma um apoio além do paciente e da família, mas abrangendo toda a rede interpessoal dessa mulher, a fim de desenvolver um novo sentido, alterando a representação atual (GOMES NETO, 2013).

Assim, o fator social é considerado importante, desempenhando um papel protetor e estimulando a recuperação da saúde, atua no alívio do stress principalmente frente à exacerbação da doença. O paciente sente-se aceito e acolhido pela sociedade (PEREIRA; DIAS, 2007; MELO *et al.* 2012).

O sentimento de desvalorização social, por sua vez, repercute em uma desvalorização pessoal, não obstante o sofrimento, a mulher ainda tem que lidar com estigma da sociedade em sentenciá-la com a aproximação da finitude da vida (SILVA JUNIOR *et al.* 2014).

O estigma faz parte da vivência do câncer, estando relacionada desde a realização do exame para diagnóstico inicial, como a infecção sexualmente transmissível, a elevada taxa de mortalidade, ao sofrimento da mulher. Partindo em alguns casos da própria mulher que “supervaloriza” a doença.

Com isso, todas as relações estabelecidas antes, sofrem alterações que dependendo da consistência permanece ou não, conseqüentemente adaptações são

estabelecidas para vivenciar tais mudanças que podem acarretar em um afastamento e isolamento social.

Destaca-se nas falas das entrevistadas, a profunda repercussão negativa pelo acometimento da enfermidade, principalmente pelo eufemismo da doença, percebida pela ocultação da palavra câncer, Pelaez *et al.* (2008) afirma que o estigma gerado pela patologia determina o comportamento de afastar-se e ocultar a situação.

Rocha *et al.* (2014) refere que o afastamento está relacionado ao sentimento de culpa imposta pelo julgamento da sociedade. Reis e Gradim (2018) confirmam que a ausência do convívio social causa angústia nas mulheres devido a comentários desnecessários e inconvenientes, juízos negativos causa sofrimento sócio-relacional.

Outro ponto apontado nas falas das mulheres que causa sofrimento relacional é a ocultação para outros da real situação, mascarando a realidade, excluindo-as da sociedade.

Minha comadre mesmo não queria que falasse, minha casa era cheio de gente, grandes e pequenos, e minha família queria que eu não falasse, mas eu precisava falar (M01).

Quase ninguém sabe que eu tenho essa doença (M07).

Não ser protagonista da sua vida causa dor nas relações com os familiares, amigos. Gomes e Medeiros (2014), afirma que o homem moderno mascara a realidade de morte, preferindo tratá-la como algo distante, repugnando-a, não deixando o tema ser abordado, visto que é mais fácil a sociedade ignorar e encobrir o que teme do que expor a realidade inevitável.

A repreensão pública, a submissão do sofrimento escondido, a ocultação da dor agrava o estado relacional da mulher, especialmente nos pacientes com estágio avançado da doença que já se encontram em palição posto a proximidade com a ideia da morte.

Atender todas as necessidades da mulher é visualizar os valores, as capacidades, não apenas a doença, e a mutilação ocasionada por ela, sendo importante o profissional da saúde compreender o convívio social dessa mulher e como o estigma pode influenciar o enfrentamento da doença.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração deste estudo percebeu-se que as mulheres vivenciam o diagnóstico como o pior momento de suas vidas, o reconhecimento dos sintomas, a busca pela confirmação da doença aflora sentimentos confusos, portanto continua sendo indispensável à realização do exame preventivo regularmente bem como as consultas regulares para prevenir ou tratar precocemente.

A maneira como a mulher recebe o diagnóstico como se estivessem recebendo a sentença de morte está relacionado ao modo como o profissional médico e enfermeiro expressão tal resultado, nem sempre revelam com clareza, fazendo-se entender que a doença é traduzida pela simbologia negativa do câncer tão real ainda na sociedade contemporânea.

Embora o diagnóstico clínico seja estabelecido pelo médico, à compreensão do enfermeiro reflete significativamente na assistência, pois ao identificar os problemas inerentes a situação, estabelece o diagnóstico de enfermagem, por meio do qual elabora um plano de cuidado direcionado ao indivíduo e ao coletivo e posteriormente avalia se as intervenções obtiveram resultado esperado, dessa forma, a enfermagem afunila os laços com o paciente, desenvolvendo um relacionamento com confiança e respeito mútuo.

Os resultados mostraram também que o enfrentamento da doença, através da aceitação do tratamento é vivenciado de maneira diferenciada por cada mulher, a terapêutica disponível é definida entre o médico e a paciente considerando o estágio clínico, a idade e o recurso disponível. Sendo considerada uma nova realidade, desconhecida e cheia de insegurança. Entre as mulheres entrevistadas neste estudo, os tratamentos diferenciaram-se entre cirurgias radicais, quimioterapias, radioterapias e braquiterapias, sendo realizadas isoladas ou combinadas entre si. Demonstrou-se ainda que braquiterapia foi a terapia mais temida, gerando sofrimento corporal, potencializando a fragilidade das mulheres devido a posição desconfortável e a invasão da privacidade em cada sessão. Fazendo-se necessário, portanto, um cuidado maior da enfermagem com essas mulheres, considerando as queixas algícas, e o sentimento de solidão durante cada sessão. Atuando não somente suprimindo as necessidades quando a doença já está

instalada, mas promovendo satisfação a essa mulher desde a atenção básica até a alta complexidade.

O apoio familiar, principalmente o apoio do companheiro são fatores de estratégias de enfrentamento do câncer, pois o modo como os membros da família se unem, e estruturam os vínculos afetivos percebe-se o papel ativo e até decisivo na trajetória de luta da mulher. Outro fator de suporte é a dedicação, a compreensão, o afeto do companheiro principalmente durante a abstinência sexual estabelecida pelo tratamento. Ao passo que o desamparo do cônjuge acarreta sofrimentos emocionais irreparáveis o que pode comprometer o restabelecimento da saúde.

Os familiares que dispõem a cuidar das mulheres e enfrentar a doença e o tratamento com elas vivenciam com a mesma intensidade cada etapa, sendo importante a atuação da equipe multiprofissional do cuidado a esses entes para minimizar possíveis transtornos futuros.

Já o preconceito social caracteriza-se como um ponto negativo no enfrentamento da doença, suprimindo e recuando essa mulher. O indivíduo é influenciado pelo ambiente. Apesar da modernização da medicina, a sociedade ainda entende o câncer como uma doença punitiva e ameaçadora da vida, estigmatizando os indivíduos acometidos por tal enfermidade, percebido através de olhares de desaprovação, julgamentos desnecessários e comentários inconvenientes. O desamparo social gera em muitas mulheres sentimento de tristeza, depressivos, afastando-as do convívio familiar, social, levando-as ao isolamento social.

As estratégias dos profissionais em saúde devem favorecer uma melhor interação com a mulher que vivencia tal experiência, considerando os sentimentos e fatores que pode atrapalhar o sucesso da terapêutica. Outro fator que deve ser considerado é a educação em saúde para a sociedade, desmitificar o câncer como a uma doença fatal, incurável.

A educação nas comunidades e a busca ativa de mulheres para realizar o preventivo é uma estratégia para prevenir o desenvolvimento do câncer e realizar o diagnóstico precocemente. E o enfermeiro tem o papel de educar, assistir, administrar e investigar, utilizando a educação em saúde como ferramenta para propagar conhecimentos acerca de doenças, imunização disponível, sinais de alerta,

seu desenvolvimento, modo de prevenção, os comportamentos de riscos que ocasionam agravos e os meios de prevenção quer seja individual, quer seja coletivo.

Pois as concepções errôneas, e a escassez de informações é oportunidade para surgir preconceito e comportamentos que podem comprometer a saúde de uma pessoa, ou coletividade. Assim, uma das principais formas de suprir a necessidade de informação na prevenção primária, é sensibilizando as mulheres para a prática do sexo seguro e uso de preservativos em todas as relações, bem como, identificar dentro da comunidade as mulheres que apresentam comportamento de risco para o câncer e atuar junto a elas.

Uma vez que o acesso à saúde preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de saúde ampara o usuário em todos os níveis de complexidade bem como a referência e contra referência, com esse pensamento, qualquer barreira durante esse processo reflete no processo saúde doença, frustrando as perspectivas dessa usuária em relação ao sistema em questão e os profissionais que o assiste.

Conforme relatos das mulheres, concluiu-se que a percepção dessas mulheres está intrinsecamente ligada a fatores culturais, sociais, econômicos e o maior envolvimento dos profissionais da saúde na comunidade, governo, e a mídia faz-se não somente necessário, mas, sobretudo, indispensável.

Além do cuidado humanizado com qualidade que deve compreender a complexidade advinda do câncer, a dor, o sofrimento e demais fatores, sendo necessária uma abordagem multidimensional do ser humano, desempenhada por meio da visão holística no processo de humanização da assistência.

Sendo essencial que o enfermeiro seja capacitado, treinado para realizar os exames preventivos, além de entender e conhecer as alterações cérvico uterina, conforme a regulamentação 190/2015, pois o exame ginecológico detecta alterações celulares antes mesmo da evolução para o câncer, o que contribui para melhora dos indicadores de saúde e sucesso na prevenção da neoplasia uterina.

Para o cuidado integral ao paciente oncológico, a enfermagem precisa estabelecer um elo verdadeiro, pois permanecem mais tempo juntos. O profissional deve se tornar disponível em ouvir o outro, atentar as queixas, comunicar-se com o doente pelo nome, demonstrando empatia, calor humano, solidariedade, tornando um apoio aos envolvidos tendo uma percepção e cuidado a nível emocional, administrando cuidadosamente a dor e as manifestações do paciente e da família, indo além do papel tecnicista.

REFERÊNCIAS

- AFLAKSEIR, A.; COLEMAN, P.G. Desenvolvimento inicial da escala de enfrentamento religiosa iraniana. **Jornal de Saúde Mental Muçulmana**, v.6, n.1, 2011.
- AIDÉ, S.; ALMEIDA, G.; VAL, I.; JUNIOR, N. V.; CAMPANER, A. B. Neoplasia Intraepitelial Cervical. **DST J bras Doenças Sex Transm**, v.21, n.4, p. 166-170, 2009.
- ALVES, G.S.; VIANA, J.A.; SOUZA, N.F.S. Psico-oncologia: Uma aliada no tratamento de câncer. **Pretexto**, v.3, n. 5, 2008.
- ANDRADE, G.V.B. As várias faces da morte para o paciente com diagnóstico de câncer. **Psicologgado**, 2013.
- BARASUOL, M.E.C; SCHMIDT, D.B. Neoplasia do colo do útero e seus fatores de riscos: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.3, jul-dez 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATISTA, S.; MENDONÇA, A.R.A. Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Revista bioética**, v.20, n.1, p. 175-188, 2015.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 375**, 2009.
- CARDOSO, G.; LUENGO, A.; TRANCAS, B.; VIEIRA, C.; REIS, D. Aspectos Psicológicos do doente oncológico. **Revista do Serviço de Psiquiatria do hospital Professor Dr. Fernando Fonseca**, v.07, n.1, 2009.
- CASARIN, M.R.; PICCOLI, J.C.E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.16, n.9, pp.3925-3932, 2011.
- COSTA, M. MELO, C.F.; BAIÃO, D.C.; CAVALCANTE, A.K.S.C. Comunicação de uma má notícia: o diagnóstico de câncer na perspectiva de pacientes e profissionais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.11, n.8, p.3214-3221, agos, 2017.

COSTA, P; LEITE, R.C.B.O. Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v.55, n.4, p. 355-364, 2009.

CUMMINGS, J. P.; PARGAMENT, K. I. Medicine for the spirit: Religious coping in individuals with medical conditions. **Religion**, v.1, p. 28-53, 2010.

DAMASCENO, M. L.; SCHUBERT, A.; OLIVEIRA, A. P.; SONOO, C. N.; VIEIRA, J. L. L.; VIEIRA, L. F. Associação entre comportamento alimentar, imagem corporal e esquemas de gênero do autoconceito de universitárias praticantes de atividades físicas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.2, p. 138-143, 2011.

DUARTE, H., JUNIOR, S., MENDES DE OLIVEIRA, P. J.; MATSUMOTO, A. H., & Martins Morita, L. H. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de Saúde da Família em Cuiabá, MT, Brasil. **Ciencia y enfermeira**, v.17, n.1, p. 71-80, 2011.

ELIT, L.; FYLES, A.W.; OLIVER, T.K.; Devries-Aboud, M. C; Fung-Kee-Fung, M. Members of the Gynecology Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-Based Care. Follow-up for women after treatment for cervical cancer. **Curr Oncol**. v.17, n. 3, p.65-69, 2010.

ESPERANDIO, M.R.; ESCUREDO, F.T.; FERNANDES, M.L; PARGAMENT, K.I. Brazilian Validation of the Brief Scale for Spiritual/Religious Coping-SRCOPE, **Religions**, v.9, n.1, p. 31, 2018.

FARINHAS, G.V.; NWENDLING, M.I.; ZANON, L.L.D. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família: Um Estudo de Caso a Partir da Percepção do Cuidador. **Pensando Famílias**, v.17, n.2, p.111-129, dez 2013.

FERNANDES, J. V. *et al.* Knowledge attitudes, and practices related to Pap test in northeastern Brazil. **Rev.de Saúde Pública**, v.43, n. 5 p. 651-8, oct. 2009.

FERNANDEZ, M.A.; EVANGELISTA, C.B.; PLATEL, I.C.S.; LOPES, M.S.; RODRIGUES, F.A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal, **Ciência e Saúde coletiva**, v.18, n.9.Rio de Janeiro ,2013.

GARCIA, C.L. *et al.* Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 23, n. 2, p. 118-125, 2010.

GASPERIN, S.I.; BOING, A.F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**., v.34 n.7, p. 1312-22. 2011.

GOMES NETO, L.M.Q. Câncer de colo uterino: desenvolvimento, prevenção, tratamento e diagnóstico. Especialização (**Monografia**) - Faculdade Boa Viagem e Centro de Capacitação Educacional, Recife, 2013.

GOMES, S.R.S.; MEDEIROS, M.M. Concepções da morte: da idade média ao mundo contemporâneo. **In: Encontro de Ensino Pesquisa e Extensão UEMS**, 2014.

GUIMARÃES, J.A.F. et al. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 220-230. 2012..

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

IARC. International Agency for Research on Cancer. **A review of human carcinogens**: Biological Agents, v.100B. International Agency of research on cancer, Lyon, 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. – 3. Ed. **rev.atual**. Ampl. 2008.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Portaria 2439**. Política Nacional de Atenção Oncológica. 2005.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero**. Abril de 2011.

IWAMOTO, K.O.F.; TEIXEIRA, L.M.B.; TOBIAS, G.C. Estratégias de Vacinação contra HPV. **Revista de Enfermagem**, v.11, n.12, p 5282-8, dez, 2017.

JERONIMO, J.; CASTLE, P.E.; TEMIN, S.; SHASTRI, S.S. Secondary Prevention of Cervical Cancer: American Society of Clinical Oncology Resource-Stratified Clinical Practice Guideline Summary. **J Oncol Pract.**, v.15, nov 2017.

KRINGOS, D.S.; BOERMA, W.S.; HUTCHINSON, A. ZEE, J.O.; GROENEWGEN, P.. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, Londres, v.10, p. 65, 2010.

KÜBLER- ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008

LOBO, L.M.G.A.; ALMEIDA, M.M.; OLIVEIRA, F.B.M. Uterine column cancer, HPV and Papanicolaou experiment: a reflection on women's knowledge. **Portuguese Reon Facema**, v.4, n.1, p.889-895, 2018.

LODI, C.T.C; LIMA, M.I.M; MEIRA, H.R.C; SOUZA, O.L; LUCENA, A.A.S; GUIMARAES, M.V.M.B; MELO, V.H. Células escamosas atípicas cervicais: conduta clínica. **Femina**, v.40, nº1, jan-fev 2012

MANTOVANI, A.; MANTOVANI, C. C.P. Psico-oncologia e grupos: trabalhando vínculos em uma casa de apoio a pacientes com câncer. **Revista Sociedade Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v.9, n. 1, p. 11-17, 2008.

MATTOS, C.T.D. et al. Percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero-Subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 5, n. 1, p. 27-35, 2014.

MELO, C.V.; MAGALHÃES, A.S.; CARNEIRO, T.F.; Segredos de família: a contratransferência como recurso terapêutico. **Estilos clínicos**, v.19, n.1, p.163-182, 2014.

MELO, M.C.B. et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 73-89, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOREIRA, L. S. Câncer de colo de útero: morbimortalidade e medidas para prevenção. Especialização (**Trabalho de conclusão de curso**). Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

NEME, C. M. B.; BREDARIOLLI, R. N Mulheres com câncer de mama, de útero e de ovários: Estudos clínicos de casos. In: Neme, C. M. B. (Org.), **Psico-Oncologia: Caminhos e perspectivas** (pp. 99-147). São Paulo: Summus. B. (2010).

OLIVEIRA, A.P; GOMES, A.M.T. A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. **Revista Enfermagem UERJ**. Out-dez, n.16, v.4, p 535-31, Rio de Janeiro, 2008

OLIVEIRA, E.S; MORAIS M.F.; ADRA, G. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **J Nurs UFPE**, p. 1709-16, 2016.

OLIVEIRA, P. E. A visão das pacientes e dos profissionais de saúde sobre o processo de adoecimento no tratamento do câncer de colo de útero. Graduação (**Monografia**). Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia, 2012.

OLIVEIRA, R.G.; MAGALHÃES, S.R. LIMA, K.P.;FROTA, K, M. Aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.8, n.4, p.1002-1010, Recife, abr 2014.

OURO, C.G.; SODRÉ, B.C.; FIQUEIREDO, E.G. SOUTO, L.A.S.; FERNANDES, M.T.T.; FERNANDES, M.T. Análise da influência da fé, espiritualidade e religião no prognóstico de pacientes com câncer. **Revista saúde e ciência** online, v.7, n.2, 2018.

PANZETTI, T. M. N. The experience of women with cervical cancer of the uterus of diagnosis treatment. In 2013. 131f. Dissertation (**Master's in Nursing**) - University of Pará, Belém, 2013.

PARGAMENT, K. I. Religion and coping: the current state of knowledge. In: S. Folkman (Ed.), Oxford handbook of stress, health, and coping - New York, NY: Oxford University Press, v.7, n.1, p.269-288, 2011.

PEIRSON, L.; FITZPATRICK-LEWIS, D.; CILISKA, D.; WARREN, R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. **Syst Rev**, v.24, n, 2, p-35, may 2013.

PELAEZ, D. M.; PASQUIM, R.; MEDEIROS, C. R.; BITENCOURT, M.; MOURA, G. O câncer e sua representação simbólica. **Psicol. Cienc Prof.** v.2, n. 24, p. 120-133, 2008.

PEREIRA, A.C.A.; BARBOSA, H.A. Estamos mais unidos. A família como apoio no enfrentamento do câncer do colo de útero. **Revista Eletrônica acervo da saúde**, v.6, n.3, p.658-665, 2014.

PEREIRA, L.L.; DIAS, A.C.G.D. O familiar cuidador do paciente terminal: O processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, v.38, n.1, p.55-65, 2007.

PÊSSOA, M.S.M.; MONTEIRO, A.B.; CHAVES, C.E.G.; FONSECA, P.R.; DUTRA, V.S.; NAGASHIMA, A.M.S. "De corpo e alma": histórias de mulheres acometidas por câncer. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.23, n.3, p.642-650, mar 2018.

QUIRINO, D. D.; COLLET. N. Câncer no latente: readaptações na vida familiar. **Revista Texto e contexto de enfermagem**, v.21, n. 2, p. 295-303, 2012.

REIS, A.P.A; GRADIM, C.V.C. A alopecia no câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v.12, n. 2, p. 447-455, 2018.

RIBEIRO, M.G.M.R.; SANTOS, S.M.R.; TEIXEIRA, M.T.B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n.4, p.283-491, 2011.

ROCHA, L.S; BEUTER, M; NEVES, E.T; LEITE, M.T; BRONDANI, C.M; PERLINI, N.M.O.G. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Texto e contexto- Enfermagem**, v.23, n.1, 2014.

RODRIGUES, N.S.; ORSINI, M.C.A.; TERTULIANO, I.W.; MACHADO, A.A.; BARTHOLOMEU, D.; MONTIEL, J.M. Implicações da representação social de pacientes com câncer-estudo de revisão. **Revista Mundial Saúde e Biológicas**, v.1,n.2, Curitiba, 2016.

ROSA, M.T.S; SALES, C.A. Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. **Rev.Eletr. Enf.**, v10, n.4, p.990-1003, 2008.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.20, n.spe, Florianópolis, 2011.

SALCI, M.A; MARCON, S.S. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, p.544-551, 2008.

SANTOS, R., A.M.; HOLANDA, J.B.L., SILVA, J.M.O.; SANTOS, A, A,P.; SILVA, E.M. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. **Revista Brasileira Promoção em Saúde**, v.28, n.2, p.153-159, Fortaleza, abr/jun, 2014.

SARZI, D.M.; MELO, A,L.;QUADROS, M.N.; KIRCHNER, R.M.; LEITE, M.T.; SILVA, L.A.A. Cenário de morbimortalidade por câncer de colo uterino. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.11, n.2, p.898-908, fev, 2017.

SILVA JUNIOR, R.F.; OLIVEIRA, C.S.; RIBEIRO, Z.S.; SANTOS, S.P.; PEREIRA, A. C. A.; BARBOSA, H.A . 'Estamos mais unidos'- A família como apoio no enfrentamento do câncer de colo de útero. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** , v. 6, p. 658-665, 2014.

SILVA, D.S.M.; SILVA, A.M.N.; BRITO, L.M.O.;GOMES, S.R.L.; NASCIMENTO, M.D.S.B.N.; CHEIN, M.B.C. Rastreamento do câncer do colo do útero no estado do maranhão, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.19, n.4, rio de janeiro, 2014.

SILVA, R.M. et al. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Revista de APS**, v.12, n.1, 2009.

SILVA, S.E.D.; ARAUJO, J.S.; CHAVES, M.O.; VASCONCELOS, E.V.; CUNHA, N.M.F.; SANTOS, R.C. Social representations about the disease of women with cervico-uterine cancer. **Journal os Research Fundamental Care Online**, v.8, n.1, p.3667-3678, 2016.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E.; CARVALHO, F.L.; MAR, D.F.; LIMA, V.L.A. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 685-92, 2008.

SILVA, T.B.C. SANTOS, M.C.L.;ALEMIDA, A.M.;FERNANDES, A.F.C. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação a convivência pós-cirurgia. **Rev.Esc.Enf. USP.**, v.44, n.1, p.113-119, 2010.

SILVA, V.C.E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Mestrado (**Dissertação**). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos, análise de entrevistas, textos e interações. Tradução Magda França Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIMÕES NETO, M. Qualidade de vida das famílias de crianças com surdez: avaliação na perspectiva das famílias. Mestrado (**Dissertação**) – Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa, 2010.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.15, n.4, Ribeirão Preto, jul/ago, 2007.

SOARES, M.L.C.A; TREZZA, M.C.S.F.; OLIVEIRA, S.M.B; MELO, G, C.; LIMA, K.R.S;LEITE, J.L. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia, **Escola Ana Nery**, v.20, n.2, p.317-323, 2016.

SOUZA, M. C.M. Análise de sobrevida das pacientes portadoras de câncer de colo de útero submetidas à exenteração pélvica. Graduação (**Monografia**) - Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade – Federal da Bahia, 2014.

SPECK, N.M.G. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.1, p.52-57, 2015.

SPECK, N.M.G.; **HPV**: CNE trato genital inferior. [Internet]. 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/comissoes/HPV_Febrasgo_Revisado.pdf. Acesso em: março de 2019.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**, Porto Alegre: ArtMed, 2014.

TEIXEIRA, L.T. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v. 22, n. 1, 2015.

VIDAL, AT. Gestão de Incorporação de tecnologias preventivas para o HPV sob a perspectiva da eficiência e efetividade. Mestrado (**Dissertação**). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 2009.

VIDAL, M.L.B.; SANTANA, C.J.M.; PAULA, C.L.; CARVALHO, M.C.M.P. Disfunção sexual relacionada à radioterapia na pelve feminina: diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Cancerol.** v.1, n. 59, p. 17-24, 2012.

YOCHIMOTO, L.T.B. Ser companheiro da mulher com câncer de mama: análise compreensiva na perspectiva dos parceiros. Mestrado (**Dissertação**). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Questionário

PARTE I- DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ anos
 2. Cor: () Branca () Parda () Negra
 4. Religião: () Católica () Evangélica () Outra
 5. Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado ()
Outro
 6. Escolaridade/Ensino médio: () 1º ano () 2º ano () 3º ano
 7. Renda familiar/Salário mínimo: () < salário () 1 a 2 salários () ≥ 3 salários
 8. Ocupação?
-

PARTE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Este estudo é sobre a percepção das mulheres sobre o câncer de colo de útero frente ao diagnóstico. Você poderia falar sobre sua experiência ao receber o diagnóstico?

- 2) O que mudou na sua vida após a descoberta do câncer?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
TÍTULO: PERCEPÇÃO DE MULHERES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
DE COLO UTERINO**

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa acima citado. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. O objetivo da pesquisa é conhecer e analisar como as mulheres com câncer de colo de útero recebem o diagnóstico de câncer de colo de útero. Será desenvolvido no Hospital de Câncer do Maranhão, às entrevistas serão gravados somente com sua liberação. A sua participação neste projeto não submeterá você a um tratamento, bem como não causará a você nenhum gasto com relação ao estudo; Você tem a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, e sem prejuízo a sua saúde ou tratamento; Você não receberá pagamentos e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária; A pesquisa possui como benefícios a elaboração do conhecimento a comunidade científica e principalmente ao enfermeiro, que poderá embasar a assistência a mulher com câncer de colo de útero, inserindo este conhecimento na assistência e proporcionando um melhor acolhimento a mulher desde a suspeita clínica; Os riscos de divulgação dos dados e a quebra de sigilo das informações serão evitados com uso de palavras fornecidas por você e por cada entrevistada, e ao final da pesquisa, as entrevistas coletadas pelo estudo serão arquivadas em CD, e somente após o término do estudo serão descartados, sendo que ficará sobre guarda da mestrandia Andréa Dutra Pereira. Os riscos de alterações no seu estado emocional durante a entrevista podem surgir das emoções envolvidas no seu relato pessoal, devidos seus problemas sociais, dificuldades do diagnóstico e tratamento e das relações familiares, assim como lembranças da experiência da doença. Porém, para minimização destes riscos será realizado contato antecipado com o enfermeiro, e psicólogo do setor e familiar responsável por você, com o objetivo de avaliar antecipadamente o seu bem-estar

físico e mental para ser dado o início da entrevista. Contudo, se no momento da coleta você referir incomodo em relação à entrevista, será dada a opção de termino da entrevista, com retorno ou afastamento definitivo da pesquisa, ao qual será garantido o descarte de todo material gravado e/ou anotado. Além disso, será solicitada a assistência dos profissionais da instituição para restabelecimento do seu bem estar. Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelos pesquisadores, assegurando a você à privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas mantendo sigilo dos seus dados pessoais; Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as suas assinaturas e do pesquisador, que constarão em todas as páginas do TCLE, as rubricas do pesquisador e da participante da pesquisa; Caso você deseje-r, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com o pesquisador responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, nascido (a) em ____/____/____, abaixo assinado, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo acima descrito.

_____ São Luís, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante: _____

Orientadora: Dra. Rita das Graças Carvalhal
CPF:
Contato: