

Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica

Lívia Loamí Ruyz Jorge¹

Sueli Riul da Silva²

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de mujeres portadoras de cáncer ginecológico sometidas a quimioterapia antineoplásica. Fueron entrevistadas 50 pacientes en el período de agosto de 2007 a abril de 2009 que estaban en tratamiento quimioterapéutico en un ambulatorio de quimioterapia de Uberaba-MG, mediante la aplicación del instrumento de evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud-WHOQOL-bref. Los resultados apuntaron que el dominio más comprometido fue el físico y el más preservado, el social, siendo que la calidad de vida general obtuvo un promedio superior al obtenido en otros estudios. Todos los dominios se correlacionaron significativamente con la calidad de vida general. Se puede evidenciar, entonces, que la calidad de vida de esas mujeres fue satisfactoria; sin embargo se sugiere que los dominios con puntajes más bajos sean examinados con observaciones más exactas durante las intervenciones multiprofesionales, a fin de proporcionar una mejor calidad de vida durante el tratamiento quimioterapéutico.

Descriptores: Enfermería Oncológica; Calidad de Vida; Quimioterapia; Neoplasias.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG, Brasil:

¹ Alumno del curso de graduación en Enfermería. Bequista de inicio científico, CNPq. E-mail: enf_livia@yahoo.com.br.

² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado. E-mail: sueliriul@terra.com.br.

Correspondencia:

Sueli Riul da Silva

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Centro de Graduação em Enfermagem.

Departamento de Enfermagem na Área Hospitalar.

Praça Manoel Terra, 330

Centro

CEP: 38015-050 Uberaba, MG, Brasil

E-mail: sueliriul@terra.com.br

Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. Foram entrevistadas 50 pacientes, no período de agosto de 2007 a abril de 2009, que estavam em tratamento quimioterápico em um ambulatório de quimioterapia de Uberaba, MG, mediante aplicação do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde-WHOQOL-bref. Os resultados apontaram que o domínio mais comprometido foi o físico e o mais preservado, o social, sendo que a qualidade de vida geral obteve média acima da obtida em outros estudos. Todos os domínios correlacionaram-se significativamente com a qualidade de vida geral. Pode-se evidenciar, então, que a qualidade de vida dessas mulheres é satisfatória; entretanto, sugere-se que os domínios com escores mais baixos sejam alvo de observações mais acuradas, durante as intervenções multiprofissionais, a fim de se proporcionar melhor qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Qualidade de Vida; Quimioterapia; Neoplasias.

Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy

This study aimed to evaluate the quality of life of female gynecological cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy Between August 2007 and April 2009, 50 patients who were undergoing chemotherapy at an outpatient chemotherapy unit in Uberaba – MG were interviewed, by applying the instrument of evaluation of Quality of Life of the World Health Organization, WHOQOL-BREF. The results showed that the domain most affected was the Physical and the more preserved, the Social, with the mean of the general quality of life above the means obtained in other studies. All domains correlated significantly with the general quality of life. It was evident then that the quality of life of these women is satisfactory, however it is suggested that the domains with lower scores be the targets of more accurate observations during multi-professional interventions in order to provide a better quality of life during the chemotherapy treatment.

Descriptors: Oncologic Nursing; Quality of Life; Drug Therapy; Neoplasms.

Introducción

El cáncer viene incidiendo sobre la población de forma avasalladora, producto de la transición demográfica que se vive en los días actuales, así como de la creciente exposición de la población a agentes cancerígenos del medio ambiente. El cáncer ginecológico, destacándose el cáncer de mama y el del cuello del útero, continúan siendo los más incidentes entre las mujeres, con estimativas, para el Brasil, de más de 70.000 nuevos casos para el año 2010⁽¹⁾.

La utilización de la quimioterapia antineoplásica, como recurso terapéutico sistémico contra el cáncer, se viene mostrando siempre más promisor, dadas las purificaciones de las drogas, y la elaboración de protocolos

de administración que permiten la utilización de más de un compuesto concomitantemente, así como el contorno de los efectos colaterales mediante aplicación de terapia sintomática, de rescate y protectora⁽¹⁻³⁾.

En este contexto, la enfermería viene participando de las iniciativas de control del cáncer y asumiendo de forma consistente las acciones de cuidado en la administración de las varias modalidades de tratamiento de la enfermedad, en especial de la quimioterapia antineoplásica⁽³⁾.

Existe un énfasis creciente en la evaluación de la calidad de vida de personas tratadas por cáncer, decurrente de factores como el avance en la detección y tratamiento de la enfermedad, las actitudes sociales más optimistas, el

aumento del número de sobrevivientes, la preocupación con la autonomía y los derechos de los pacientes, el papel de los aspectos psicosociales, la extensión de la sobrevivencia, entre otros⁽⁴⁻⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como "la percepción que el individuo tiene de sí mismo, de su posición en la vida dentro del contexto de cultura y sistemas de valores en los cuales él vive y en relación a sus metas, expectativas y patrones sociales"⁽⁴⁾.

Sin embargo, evaluar o mensurar calidad de vida es tarea compleja, dado el carácter subjetivo del tema. Delante de eso, la propuesta de utilizar un instrumento de evaluación de calidad de vida, válido para todos los grupos humanos, por parte de la OMS, busca homogenizar el concepto y también instrumentalizar los profesionales con una herramienta técnica-científica estandarizada y consistente⁽⁶⁾.

El instrumento propuesto por la OMS evalúa la calidad de vida en dominios denominados físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente, los que interpretan la percepción que el individuo tiene de sí y del ambiente que lo rodea, como favorable o no⁽⁶⁾.

En nuestra trayectoria profesional nos hemos preocupado en desarrollar estudios y prácticas relacionados a los efectos colaterales inmediatos y tardíos de la quimioterapia antineoplásica, así como evaluar el impacto de este tratamiento en la vida de pacientes portadores de cáncer ginecológico. Sin embargo, carecemos de un estudio profundo y sistemático, basado en un instrumento consistente y consolidado para evaluar la calidad de vida de las pacientes durante el tratamiento, a fin de que se pueda dar respuestas siempre más efectivas y eficaces a las necesidades de las mismas, considerando también, el aspecto integral del individuo, teniendo en vista una propuesta terapéutica holística.

Nuestra propuesta se justifica por contribuir con la construcción del conocimiento de la enfermería oncológica acerca de la calidad de vida de aquellos que se someten a los tratamientos agresivos contra el cáncer, así como se ha buscado conocer la situación de vida de personas con cáncer⁽⁷⁾.

El presente estudio, por lo tanto, tiene por objetivo evaluar la calidad de vida de pacientes portadores de cáncer ginecológico sometidas a quimioterapia antineoplásica, mediante aplicación del instrumento propuesto por la OMS, el WHOQOL-bref.

Métodos

El presente estudio, de carácter descriptivo y delineamiento transversal, fue desarrollado en la Central de Quimioterapia del Hospital de Clínicas de la Universidad

Federal del Triángulo Mineiro (UFTM), que tiene por finalidades la asistencia, la enseñanza y la investigación.

La población fue constituida por todas las pacientes portadores de cáncer ginecológico mayores de 18 años, sometidas a quimioterapia antineoplásica, que estuvieron de acuerdo en participar del estudio mediante comprensión y firma de los Términos de Esclarecimiento y Consentimiento respectivamente, en el período de agosto de 2007 a abril de 2009. Se entendió como momento oportuno para la realización de la entrevista, 10 a 14 días después de la administración del tercer ciclo de quimioterapia. La elección de ese momento para aplicar el instrumento de recolección de datos sucedió por ser este un momento por el cual todas las pacientes pasarían, ya que algunos tratamientos se componen de tres, cuatro, seis o más ciclos, siendo tres el mínimo.

La recolección de los datos fue realizada en dos etapas: primeramente, se entrevistaron todas las pacientes en tratamiento quimioterapéutico residentes en Uberaba, siendo que las entrevistas fueron realizadas en visitas domiciliarias programadas (de agosto de 2007 a julio de 2008); en un segundo momento, se introdujeron en el estudio pacientes no residentes en Uberaba, y la recolección de datos pasó a ser realizada en la Central de Quimioterapia durante el tratamiento (en el período de julio de 2008 a abril de 2009). Esta extensión del estudio se justificó por el reconocimiento de que la recolección de datos podría ser realizada durante el tratamiento, con esto abordando un número mayor de pacientes.

En el período descrito, había 71 pacientes en tratamiento quimioterapéutico en el local de la investigación, siendo que dos se recusaron a participar del estudio, una no tenía condiciones cognitivas para responder a la entrevista y 18 fueron excluidas por no residir en Uberaba en la primera etapa de la recolección, totalizando, así, una población de 50 individuos.

Los datos fueron recolectados en situación de privacidad, siendo las entrevistas realizadas en la sala donde las pacientes recibían quimioterapia, ya que la infusión puede durar algunas horas y según la experiencia de los investigadores en el servicio y los funcionarios del local, era el mejor local para la entrevista. A pesar de que, en la mayoría de las veces, hubo algún miembro de la familia presente en el recinto, el mismo era orientado a no intervenir. Antes de iniciar las entrevistas, todos eran nuevamente informados de los objetivos de la investigación, del sigilo de las informaciones obtenidas, así como del modo de aplicación y del destino de los datos, siendo solicitada la firma del término de consentimiento.

Para la recolección de los datos, se utilizó el instrumento WHOQOL-bref, versión abreviada en portugués del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la OMS, validado para

la cultura brasileña⁽⁶⁾. Ese instrumento se compone de dos partes, primero, por la Ficha de Informaciones sobre el declarante, la cual se destina a la recolección de datos socio-demográficos y de salud de los sujetos. Ya la segunda parte, sobre calidad de vida propiamente dicha, se compone de 26 preguntas, siendo dos sobre calidad de vida general y las 24 restantes representan cuatro dominios y sus respectivas facetas que componen el instrumento original, de dominios físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente.

Las respuestas para todas las preguntas del WHOQOL-bref son obtenidas a través de una escala del tipo Likert de cinco puntos, en la cual la puntuación puede variar de 1 a 5. Tanto los dominios como la calidad de vida general son medidos en dirección positiva, o sea, puntajes más altos denotan mejor calidad de vida. Para el cálculo de los puntajes de los dominios, se utilizó la sintaxis ofrecida por el WHOQOL Group para ser usada en el programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Con él, el programa puede verificar, re-codificar y establecer los puntajes de los dominios y de las preguntas de calidad de vida general.

Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, porcentajes, medidas de posición y dispersión) y el coeficiente de Pearson para evaluar la correlación de cada dominio con la calidad de vida general. El valor de $p < 0,05$ ($\alpha = 5,0\%$) fue adoptado como nivel crítico.

Para el desarrollo del estudio fue solicitado y obtenido parecer y aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Institución (protocolo nº 709/2006).

Resultados

Fueron entrevistadas 50 pacientes, entre los cuales 12 (24,0%) tenían edad entre 20 y 39 años, 24 (48,0%) entre 40 y 59 años y 14 (28,0%) edad de 60 años o más con edad promedio de 48,4 ($\pm 12,0$) años. En lo que se refiere al nivel educacional, tres (6,0%) eran analfabetas, 31 (62,0%) poseían Enseñanza Fundamental Incompleta, cuatro (8,0%) Enseñanza Fundamental Completa, una (2,0%) Enseñanza Media Incompleta, nueve (18,0%) Enseñanza Media Completa, una (2,0%) Enseñanza Superior Incompleta y una (2,0%) Enseñanza Superior Completa. Ya en relación al estado civil, 11 (22,0%) eran

solteras, 26 (52,0%) casadas, cuatro (8,0%) vivían como casadas, dos (4,0%) separadas, dos (4,0%) divorciadas y cinco (10,0%) viudas.

En lo que se refiere al tipo de cáncer, 29 (58,0%) eran portadoras de cáncer de mama, 11 (22,0%) de cáncer de cuello del útero, ocho (16,0%) de cáncer de ovario, una (2,0%) de cáncer en el endometrio y una (2,0%) de cáncer en la vagina. Cuestionadas en cuanto a la auto-evaluación de la salud, 20 pacientes (40,0%) la clasificaron como "muy buena" o "buena", 16 (32,0%) como "ni mala ni buena" y 14 (28,0%) como "muy mala" o "débil". Ya en lo que se refiere a la satisfacción con la salud, 27 (54,0%) estaban "satisfechas", 14 (28,0%) "ni satisfechas, ni insatisfechas" y nueve (18%) "insatisfechas" o "muy insatisfechas".

En relación a los protocolos de tratamiento, 20 pacientes (40,0%) hacían uso de epirrubicina y ciclofosfamida (EC), 11 (22,0%) usaban cisplatina, etoposide y bleomicina (PEB), nueve (18%) paclitaxel y diez (20%) hacían uso de otros protocolos. Las distribuciones de las frecuencias del uso de los protocolos con los puntajes obtenidos para cada uno de ellos están descritas en la Tabla 1.

Tabla 1 - Frecuencia de los protocolos de tratamiento y puntajes obtenidos en el WHOQOL-bref de pacientes en quimioterapia en ambulatorio (n=50). Uberaba, 2009

Protocolo de Tratamiento	Nº de Pacientes	%	Puntaje
epirrubicina y ciclofosfamida	20	40,0	63,7
cisplatina, etoposide y bleomicina	11	22,0	75,0
paclitaxel	09	18,0	61,1
cisplatina, epirrubicina y ciclofosfamida	02	6,0	43,8
cisplatina y ciclofosfamida	03	6,0	33,3
paclitaxel y ciclofosfamida	02	4,0	75,0
cisplatina y 5-fluorouracil	01	2,0	75,0
ciclofosfamida, metrotexato y 5-fluorouracil	01	2,0	62,5
5-fluorouracil, epirrubicina y ciclofosfamida	01	2,0	62,5

Los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de vida con el WHOQOL-bref se encuentran en la Tabla 2. Observamos que los dominios más comprometidos fueron los dominios físico y ambiental, y el más preservado, el dominio social.

Tabla 2 - Puntajes obtenidos en el WHOQOL-bref de pacientes en quimioterapia en ambulatorio (n=50). Uberaba, 2009

Dominios	Promedio	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Físico	56,0	13,5	57,1	21,4	85,7
Psicológico	62,6	12,3	62,5	16,7	83,3
Social	71,0	15,6	75,0	16,7	100,0
Ambiental	58,1	12,6	56,2	31,2	93,7
Calidad de vida general	68,6	16,8	75,0	12,5	100,0

Todos los dominios se correlacionaron positivamente y significativamente con la calidad de vida general, siendo el dominio psicológico con fuerte magnitud, y los demás con moderada magnitud, como podemos observar en la Tabla 3.

Tabla 3 - Correlación entre los dominios del WHOQOL – *bref* y de estos con la Calidad de Vida de pacientes en quimioterapia en ambulatorio (n=50). Uberaba, 2009

Dominios y Calidad de vida general	Dominios			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Calidad de vida general	0,55*	0,67*	0,40*	0,41*

*p<0,05

Discusión

El análisis de los datos permitió comprender que el intervalo de edad de mayor incidencia se encuentra por sobre los 40 años para cánceres ginecológicos, lo que está de acuerdo con las informaciones ofrecidas por el INCA - Instituto Nacional del Cáncer. Se destaca aquí la importancia de acompañar esta población para realizar exámenes preventivos y dar orientaciones en lo que se refiere al estilo de vida, prevención y detección precoz del cáncer en los intervalos de edad de 20 a 49 años⁽⁸⁾.

En lo que se refiere a la neoplasia más frecuente entre las mujeres, se destacó el cáncer de mama, seguido del cáncer del cuello del útero, corroborando la literatura. Según el INCA, el cáncer de mama se destaca como el más incidente en la población femenina del Sureste, con estimativa para 2010 de 65 casos nuevos para cada 100 mil mujeres. Sin considerar los tumores de piel no melanoma, este tipo de cáncer también es el más frecuente en las mujeres de las regiones Sur (64/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) y Noreste (30/100.000), siendo que en la región Norte es el segundo tumor más incidente (17/100.000)^(1-2,4). Ya el cáncer de cuello del útero es la segunda localización más frecuente en la población femenina brasileña y representa una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina de la América Latina, donde las tasas de incidencia se encuentran entre las más altas del mundo⁽⁹⁾.

En relación a la auto-evaluación de la salud, gran parte de las entrevistadas la clasificaron como muy buena o buena y consideraron estar satisfechas con ella. Este resultado apunta que, en vista de la perspectiva de progreso de una enfermedad crónica, ellas están satisfechas con el momento que están experimentando.

En lo que se refiere a la calidad de vida, se observó que el dominio físico fue el más comprometido (puntaje 56,0). Ese hecho puede ser explicado por las toxicidades de las drogas utilizadas en la quimioterapia, relacionadas a la

no-especificidad celular, que pueden generar efectos como dolor, cansancio, náuseas y vómitos, además de anorexia, dificultando las actividades diarias y disminuyendo la calidad de vida^(3,10). De esa forma, se debe investigar y proponer acciones de control cada vez más eficaces contra esos efectos.

Ya el segundo dominio más comprometido fue el ambiental (puntaje 58,1), apuntando que esas clientes consideraron tener algunas dificultades relacionadas a las condiciones del local donde viven, a la seguridad, al transporte, a las condiciones económicas y a las oportunidades recreativas. Algunos estudios muestran que las actividades recreativas sufren alteraciones después del cáncer de mama, principalmente en pacientes con linfoma, ya que sienten incomodidad social debido al aumento del volumen del miembro y también por la disminución en intensidad, cantidad y tiempo dedicados a las actividades antes practicadas, como exposición al sol, jardinería y actividades físicas. Además de eso, diversas mujeres dejan o disminuyen sus trabajos profesionales, lo que acaba influenciando en la condición financiera familiar⁽¹¹⁻¹²⁾. Ayudar a las mujeres a encontrar alternativas de oportunidades recreativas, así como orientarlas en lo que se refiere a sus derechos como portadoras de cáncer son formas de minimizar el impacto ambiental en su calidad de vida.

En consecuencia de los diversos cambios que ocurren en la rutina familiar, además del impacto causado por el diagnóstico de cáncer y quimioterapia, el dominio psicológico también fue afectado, a pesar de que en menor escala, en la calidad de vida de esas mujeres. La experiencia del tratamiento en toda su trayectoria es experimentada de forma particular por cada mujer. Además de eso, la edad de la mujer acometida también influye en su adaptación y en las secuelas biopsicosociales provocadas por el cáncer. Dependiendo del ciclo de vida de la mujer, sus actividades y planificación, en relación a la familia y al trabajo, son totalmente afectados, destacándose la

feminidad y la autoestima en mujeres más jóvenes. Sin embargo, angustias, temores, preocupaciones y ansiedad son sentimientos que acompañan toda esa clientela, desde el diagnóstico hasta el fin del tratamiento del cáncer. Entonces, se destaca aquí la necesidad de apoyo psicológico ofrecido por toda el equipo multiprofesional, terapéutico con psicólogos, además del apoyo familiar y del compañero, que tiene un papel importante en la adaptación de esas pacientes^(10-11,13).

A pesar de que algunos estudios muestran que el cáncer ginecológico y la quimioterapia antineoplásica pueden dificultar las relaciones personales, debido a la mayor dependencia de otras personas para realizar diversas tareas y/o por las posibles alteraciones en la apariencia física o en la autoimagen corporal, el dominio social fue el menos comprometido en este estudio⁽⁹⁻¹⁰⁾, seguido por el dominio psicológico. En trabajo semejante, con pacientes ostomizados acometidos por cáncer de colon-rectal, se observó también que el dominio más acometido fue el físico, y el menos acometido el social⁽¹⁴⁾. Se observa, entonces, que, mismo con las alteraciones impostas por la enfermedad y tratamiento, esas mujeres están satisfechas con sus relaciones personales, sus actividades sexuales y, principalmente, con el apoyo que reciben de parientes y amigos, contribuyendo así, significativamente, para enfrentar de buena manera ese proceso.

En lo que se refiere a la calidad de vida general, se verificó que el puntaje obtenido en este estudio, además de codificar una buena calidad de vida, también se mostró superior a los obtenidos en otros estudios⁽¹³⁻¹⁵⁾.

En relación a la influencia de los dominios en la calidad de vida general, se verificó que el dominio psicológico

presentó correlación más alta, seguido por el dominio físico, en esa población. Ya los dominios ambiental y social fueron los que presentaron correlaciones más bajas, a pesar de que significativas. Estos hallazgos contribuyen en parte para comprender los altos valores encontrados para la calidad de vida general en nuestra casuística, ya que el dominio psicológico presentó el segundo puntaje más alto y el ambiental el más bajo.

Este estudio contribuye con otros relacionados a la evaluación de la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas⁽¹⁶⁾ de un modo general, más específicamente en oncología, que han demostrado ser una eficaz herramienta para la enfermería oncológica⁽¹⁷⁾ por contribuir con la construcción del conocimiento científico y desarrollo de habilidades en la área de la oncología.

Conclusiones

Con base en los datos recolectados y analizados, se puede decir que la percepción de calidad de vida de las mujeres acompañadas en el desarrollo de este estudio es satisfactoria ya que, delante del reconocimiento de la gravedad del pronóstico, consideraron positivo no haber sido afectadas en su capacidad física, psicológica, sus relaciones sociales y su medio ambiente en la medida en que pensaron que lo sería, posibilitando así el desarrollo de sus actividades prácticas en la vida diaria.

Este estudio permitió concluir también que los dominios con puntajes más bajos deben ser objeto de observaciones más exactas así como de intervenciones más eficaces y efectivas, a fin de proporcionar una mejor calidad de vida durante el tratamiento quimioterapéutico.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
3. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3. ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
4. Riul da Silva S, Aguillar OM. Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro (RJ): EPUB; 2002.
5. Silva CHD, Derchain SFM. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico: uma revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(1):33-47.
6. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.
7. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(4):605-11.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2008.
9. Ferreira MLM, Oliveira C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(1):5-15.
10. Sales CACC, Paiva L, Scandiuzzi D, Anjos ACY. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. Rev Bras Cancerol. 2001; 47(3):263-72.
11. Alegrance FC. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de mulheres com e sem linfedema após câncer de mama. [dissertação]. São Bernardo do Campo (SP): Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia/Universidade Metodista de São Paulo; 2007.

