

PERCEPÇÕES SOBRE A VIDA E A DOENÇA POR MULHERES SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

PERCEPTIONS OF LIFE AND DISEASE BY WOMEN UNDERGOING ANTINEOPLASIC CHEMOTHERAPY

PERCEPCIONES DE LA VIDA Y LA ENFERMEDAD EN MUJERES SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSTICA

Joyce Rodrigues Araujo¹
Márcia Maria Fontão Zago²
Sueli Riul da Silva³

RESUMO

Estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado entre setembro de 2005 e abril de 2006. Teve por objetivo descrever as mudanças ocorridas na vida de pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica dois anos após o término do último tratamento, identificadas por meio de visitas domiciliares e aplicação de entrevista semi-estruturada. Das 44 pacientes submetidas à quimioterapia no período designado para o estudo, sete participaram desta pesquisa. Foram observadas alterações fisiológicas e sociais. Considerando a frequência estatística das respostas apresentadas, concluímos que, no grupo em estudo, todas as pacientes perceberam algum tipo de modificação em algum aspecto de suas vidas.

Palavras-chave: Enfermagem; Neoplasias/Terapia; Quimioterapia; Qualidade de Vida

ABSTRACT

This is a descriptive exploratory and quantitative study carried out between September 2005 and April 2006. The objective was to describe changes in the life of patients undergoing antineoplastic chemotherapy two years after the end of the last treatment, through home visits and semi-structured questionnaire. Out of 44 patients who underwent chemotherapy, 7 participated in this research. Physiological and social alterations were observed. According to the statistical frequency of the answer given, we concluded that in the group studied, all the patients felt changes in some aspects of their lives.

Key words: Nursing; Neoplasms/Therapy; Drug Therapy; Quality of Life

RESUMEN

Estudio descriptivo exploratorio cuantitativo realizado entre septiembre de 2005 y abril de 2006. Tuvo por objeto describir los cambios en la vida de pacientes sometidas a quimioterapia antineoplásica dos años después del término del último tratamiento. Se efectuaron visitas domiciliarias y se empleó el cuestionario semiestructurado. En esta investigación participaron 7 de las 44 pacientes sometidas a quimioterapia durante el período de estudio. Se analizaron alteraciones fisiológicas y de aspecto social. Considerando la frecuencia estadística de las respuestas concluimos que, para el grupo en estudio, todas las pacientes sintieron algún tipo de modificación en uno u otro aspecto de su vida.

Palabras clave: Enfermería; Neoplasias/Terapia; Quimioterapia; Calidad de Vida

¹ Enfermeira. Aluna do curso de Especialização em Oncologia da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) – USP.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental – EERP – USP.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba.

Endereço para correspondência: Rua Donaldo Silvestre Cicci, 665, Manoel Mendes. Uberaba – MG. CEP: 38082-166. E-mail: sueliriul@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer é hoje, no Brasil, a terceira causa de morte, atrás somente de doenças do aparelho circulatório e das causas externas, sendo, assim, a segunda causa de morte por doença.⁽¹⁾

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, está relacionado à urbanização, industrialização e aumento da expectativa de vida da população. Assim, a população fica exposta por tempo prolongado aos agentes cancerígenos presentes no ambiente.⁽¹⁾

Cerca de 80% dos casos de câncer estão relacionados a fatores exógenos, direta ou indiretamente, provando a importância das condições ambientais no desenvolvimento da doença.⁽¹⁾

Nos dois últimos séculos houve um sensível aumento da urbanização, que se relaciona com a maior ocorrência de câncer, possibilitando estabelecer correlação entre a mortalidade proporcional por câncer e o grau de urbanização. A urbanização, por sua vez, modifica os hábitos de vida das populações, e a introdução de novos hábitos pode induzir ou facilitar o desenvolvimento de neoplasias malignas.⁽¹⁾

Percebe-se que nas regiões de maior industrialização verificam-se as maiores taxas de mortalidade por câncer.⁽¹⁾

O aumento da expectativa de vida ocorreu progressivamente a partir do século 20, e deve-se à diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, modificando a estrutura etária da população, tornando-a mais velha do ponto de vista demográfico. A redução da taxa de mortalidade decorreu da diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, e a migração interna tem alterado a composição populacional, modificando, assim, o perfil das doenças e das causas de morte no Brasil.⁽¹⁾

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), mais da metade do número de casos novos de câncer estimados para 2006 no Brasil ocorrerá na região Sudeste. Entre os homens, os tipos mais incidentes serão próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e cavidade oral. Entre as mulheres, mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e estômago.⁽²⁾

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo, e o primeiro entre as mulheres. Mais da metade dos casos ocorre em países desenvolvidos, e sua incidência apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sociogeográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Seu prognóstico é relativamente bom se a doença for diagnosticada em estágios iniciais; porém, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. A estimativa de 2006 para o Brasil é de 48.930 novos casos, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil.⁽²⁾

O câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre mulheres no mundo, e é responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Sua in-

cidência torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos. Quase 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o câncer mais comum entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados, e a sobrevivência média é de cerca de 49% após cinco anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer possa ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau. Assim, a estimativa para o ano de 2006, no Brasil, é de 19.260 casos novos, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres. É o terceiro tipo de câncer mais freqüente na região Sudeste. É a quarta causa de morte por câncer em mulheres na mesma região.⁽²⁾

Destacamos, entretanto, que, nos últimos anos, houve uma queda na incidência do câncer de colo de útero na região Sudeste. Este fato é justificado por esta ser a região que possui a maior taxa de urbanização e desenvolvimento socioeconômico do País, o maior número de pessoas idosas e um maior acesso à informação. É também a região em que há mais pessoas acometidas por câncer.⁽²⁾

As principais formas de tratamento do câncer são: *cirurgia*, que pode ser curativa ou paliativa; *radioterapia*, através de braquiterapia ou teleterapia; *quimioterapia*, que utiliza compostos químicos chamados quimioterápicos; e *hormonioterapia*.⁽³⁾

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, que tem por objetivo tratar neoplasias malignas, atuando em nível celular, sem especificidade, interferindo no processo de crescimento e divisão, não destruindo seletiva ou exclusivamente células tumorais.⁽⁴⁾ Constitui-se, ainda, uma das principais formas de tratamento do câncer ginecológico. Pode ter fins curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente.⁽³⁾

Os efeitos colaterais da quimioterapia estão relacionados à destruição de células saudáveis que estão em mitose, e incluem: *toxicidade hematológica*, com depressão da medula óssea, e é manifestada por leucopenia, trombocitopenia e anemia; *toxicidade gastrointestinal*, manifestada através de náuseas, vômitos, mucosite, anorexia, diarreia e constipação; *toxicidades cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, vesicallrenal*; *alterações metabólicas*, como hipomagnesemia, hiponatremia, hipercalcemia e hiperuricemia; *toxicidade dermatológica*, com alterações nas unhas, alopecia, eritema, urticária, hiperpigmentação e fotossensibilidade; *reações alérgicas e anafilaxia*.⁽³⁾

De acordo com nossa vivência em um serviço de referência em oncologia, muitas vezes, os efeitos adversos da quimioterapia requerem do profissional enfermeiro constante intervenção. Frequentemente, esses efeitos são manifestados antes mesmo do início da administração da quimioterapia, o que definimos como evento antecipatório. Porém, com freqüência, é em casa que as pacientes experimentam os efeitos adversos do tratamento do câncer.

Assim, as visitas domiciliares realizadas durante o tratamento quimioterápico proporcionam segurança às pacientes. Durante estas visitas, as pacientes puderam manifestar suas dúvidas, os sentimentos experimentados em relação à doença e o tratamento, e os efeitos colaterais da quimioterapia. Essas mulheres expunham suas dificuldades, e, à medida que os efeitos colaterais eram mencionados por elas, algumas formas de contorná-los eram ensinadas, sempre valorizando as soluções adotadas pelas mesmas. O que observávamos era que as pacientes que recebiam visitas domiciliares, contornavam melhor as adversidades da quimioterapia e enfrentavam a doença e o tratamento de forma mais consciente e serena.

O tratamento para o câncer implica, quase sempre, mudanças de hábitos de vida. Os efeitos adversos da quimioterapia fazem com que as pacientes sejam privadas de atividades do cotidiano, ora devido à incapacidade física de realizar determinadas tarefas, por causa da fraqueza ou mal-estar, por exemplo, ora por medidas de prevenção, como evitar frequentar lugares fechados com muitas pessoas.

Ao desenvolvermos este estudo levantamos dois questionamentos: como a vida das pacientes submetidas a tratamento quimioterápico é afetada por esse tipo de tratamento e como vivem essas pacientes dois anos após o término do mesmo.

A realização deste estudo foi movida pela necessidade de se conhecer como vivem pacientes submetidas a quimioterapia, a fim de sabermos como suas vidas foram e são influenciadas pelo tratamento, mesmo após o término deste, considerando o aumento da sobrevida devido ao uso de novas terapêuticas.

Neste contexto, baseamos a expressão qualidade de vida na definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”⁽⁵⁾

Visando conhecer como vivem as pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica, este estudo teve como objetivo descrever as mudanças ocorridas na vida dessas pacientes dois anos após o término do último tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem de análise quantitativa. Essa trajetória metodológica está direcionada à produção do conhecimento, respeitando a realidade vivida por mulheres que receberam quimioterapia para tratamento de câncer ginecológico nos anos de 2003 e 2004, e seguiu o roteiro abaixo:

- identificar as pacientes submetidas a tratamento quimioterápico no período de janeiro de 2003 a março de 2004 na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola Universidade Federal Triângulo Mineiro – EGO/HE/UFTM;
- obter a autorização das pacientes participantes da pesquisa, por meio da leitura e explicação dos termos da pesquisa e, após, assinatura do Consentimento Livre Esclarecido, atendendo à Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos;

- realizar visitas domiciliares às pacientes residentes no município de Uberaba, estabelecer diálogo por meio de entrevista semi-estruturada. Nesta modalidade de estudo, segundo Gauthier et al.⁽⁶⁾, o investigador está presente e o informante tem todas as possibilidades de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, o que enriquece a investigação;
- analisar as respostas e associá-las à qualidade de vida das pacientes à luz do referencial bibliográfico pertinente ao tema.

Os resultados obtidos serão analisados descritivamente, com base em sua frequência simples.

Para desenvolvimento do estudo, foi solicitada e obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do grupo

No período designado para o estudo (15 meses), foram submetidas à quimioterapia antineoplásica na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 44 pacientes. Dessas, 26 (59,1%) eram procedentes da cidade de Uberaba, e as demais 18 (40,9%), de municípios da região.

Entre as 26 pacientes procedentes de Uberaba, apenas sete (26,9%) participaram deste estudo, uma vez que seis (23,1%) não foram localizadas e outras seis foram a óbito após o tratamento, três (11,5%) foram localizadas, mas recusaram visita; duas (7,7%) estão em tratamento quimioterápico novamente e outras duas (7,7%) abandonaram o tratamento.

O grupo visitado, composto por sete pacientes, apresenta idade que variou entre 26 e 86 anos, com média de idade de 58 anos. De acordo com a neoplasia, cinco (71,4%), eram portadoras de câncer de mama (uma delas, inclusive, de câncer metastático); uma (14,3%) de mola hidatiforme invasora; e uma (14,3%) de câncer de endométrio.

Todas as pacientes foram submetidas a mais de uma modalidade de tratamento, sendo que, além da quimioterapia, seis delas (85,7%) foram submetidas à cirurgia, cinco (71,4%) à radioterapia, e três (42,9%) ainda estão em tratamento hormonal.

Os protocolos quimioterápicos aplicados nestas pacientes foram poliquimioterapia para seis delas e monoquimioterapia para uma delas, portadora de mola hidatiforme invasora.

Dentre as cinco pacientes portadoras de câncer de mama, três (60%) foram tratadas com epirrubicina e ciclofosfamida; uma (20%) foi tratada com fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida; e uma (20%) com fluorouracil, metotrexato e ciclofosfamida, devido à idade superior a 70 anos. Todos estes protocolos eram repetidos a cada 21 dias, totalizando seis ciclos de quimioterapia.

A paciente portadora de câncer de endométrio foi tratada com um protocolo adaptado, que exclui a epirrubicina, uma vez que esta paciente já fora tratada com epirrubicina devido à câncer de mama no passado,

e, devido à cardiotoxicidade desta droga, ela não deve ser repetida.³ Sendo assim, esta paciente recebeu cisplatina e ciclofosfamida, por seis ciclos com intervalo de 28 dias.

Análise dos resultados

O estudo da qualidade de vida das pacientes acompanhadas baseou-se em um levantamento das possíveis alterações de alguns aspectos da vida das pessoas em geral, e pautou-se, sobretudo, nas dimensões fisiológica, espiritual, social, pessoal e trabalhista que, para melhor compreensão das pacientes, foram transcritas em questões semi-estruturadas, levando-se em conta a definição de qualidade de vida dada pela OMS, já então mencionada.

Para desenvolvimento do presente estudo, ao apresentar os resultados obtidos, optamos por identificar as pacientes com codinomes de flores no intuito de não identificá-las e ao mesmo tempo poder apresentar livremente as descrições referidas.

Dentre as sete pacientes acompanhadas, cinco completaram o tratamento, e ainda hoje comparecem ao serviço em retornos e acompanhamento. Duas optaram por não fazer acompanhamento.

Quando indagadas sobre as mudanças ocorridas após o término do tratamento quimioterápico, seis das pacientes referiram perceber algum tipo de modificação. Uma delas, Hortência, disse *...não está nem melhor, nem pior...*, mas percebe que houve algum tipo de mudança. Rosa referiu perda de 13kg após o fim do tratamento, e Violeta, ganhou três quilos.

Chama a atenção a ocorrência de variações de peso corporal para as pacientes do grupo em estudo, sendo este um achado que corrobora a literatura específica da área.⁽³⁾

Quanto aos efeitos colaterais tardios da quimioterapia, cinco pacientes desconheciam tais efeitos.

As complicações fisiológicas relatadas pelas pacientes após o fim do tratamento foram: taquicardia, apresentada por Camélia, e complicações pulmonares apresentadas por Azaléia e Camélia.

Ambos os sintomas são devidos, provavelmente, ao emprego de epirrubicina, e estão associados à toxicidade crônica deste quimioterápico. Outros sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva e cardiomiopatia associados ao emprego de epirrubicina são: tosse não produtiva, apresentada por Azaléia, dispnéia e ortopnéia, estertores pulmonares, estase de jugular, edema de extremidades (principalmente pés), cianose, diminuição da amplitude do pulso periférico, taquicardia, alterações mentais, cardiomegalia, hepatomegalia, diminuição da fração de ejeção ventricular, alterações eletrocardiográficas, alterações das enzimas cardíacas e eletrólitos.⁽³⁾

Azaléia apresentou falta de ar e tosse, o que raramente é associado à ciclofosfamida, pois a toxicidade pulmonar deste quimioterápico é manifestada por edema pulmonar, fibrose pulmonar e pneumonite alérgica.⁽³⁾ Entretanto, duas semanas após a visita, em consulta de retorno, foi constatado metástase pulmonar, e, então, reiniciado tratamento quimioterápico.

Camélia foi hospitalizada por causa de derrame pleural, drenado uma semana antes da data da visita. O tratamento quimioterápico a que foi submetida era cisplatina e ciclofosfamida. Nenhuma dessas substâncias provocou icterícia ou hepatomegalia.

Duas pacientes (28,57%), Dália e Camélia, passaram a apresentar tontura e turvamento visual.

Ressaltamos que a incidência e a severidade da neurotoxicidade induzida por quimioterápicos são vinculadas a dose, via de administração, idade do paciente, função hepática e renal, uso prévio ou concomitante de outras drogas neurotóxicas e tratamento radioterápico do sistema nervoso central.⁽³⁾ Dália tem 86 anos e Camélia, 74.

Quatro pacientes (57,14%) referiram parestesias. A neuropatia periférica é a complicação neurológica mais comum ocasionada pela quimioterapia.⁽³⁾

Rosa, que fez tratamento devido à mola hidatiforme invasora, apresenta problemas para engravidar em consequência do uso de anticoncepcional. Entretanto, sabe-se que o metotrexato afeta a função gonadal e a fertilidade, além de produzir efeitos teratogênicos e mutagênicos.⁽³⁾

À medida que a idade avança, a incidência da disfunção ovariana aumenta. Mulheres com supressão gonadal experienciam sintomas de menopausa precoce, como ondas de calor, suores noturnos, distúrbios de humor e sono, alterações cognitivas, atrofia das estruturas vaginais, secura vaginal e dispaurenia.⁽³⁾ Margarida não pode repor hormônios devido ao uso de tamoxifeno, e apresenta boa parte dos efeitos acima citados. Foi submetida à quimioterapia com ciclofosfamida, que eleva os níveis de FSH, exercendo um efeito tóxico direto nos ovários.⁽³⁾

Três pacientes (42,86%), Margarida, Azaléia e Violeta apresentaram alterações em mucosas, pele e anexos, e foram submetidas a tratamento quimioterápico com epirrubicina. A epirrubicina, além de vesicante, é irritante ao endotélio do vaso e, freqüentemente, ocasiona reações locais tardias, como flebite e hiperpigmentação no trajeto venoso.⁽³⁾ As três apresentam hiperpigmentação no trajeto venoso.

A alopecia constitui a toxicidade dermatológica sistêmica mais comum, e é considerada pelo paciente como o efeito colateral mais devastador do tratamento. Pode afetar negativamente a auto-imagem, diminuir a atividade social e alterar as relações interpessoais do indivíduo. Está associada ao emprego dos seguintes antineoplásicos: epirrubicina, ciclofosfamida e metotrexato.⁽³⁾ Quatro pacientes (57,14%), Azaléia, Rosa, Violeta e Camélia ainda apresentam alopecia parcial.

Duas pacientes (28,57%), Dália e Camélia, tiveram problemas renais. Os principais fatores de risco para a toxicidade renal em pacientes oncológicos incluem drogas quimioterápicas nefrotóxicas, idade, condição nutricional, uso concomitante de outras drogas nefrotóxicas e disfunção renal pré-existente.⁽³⁾ Ambas as pacientes têm mais de 70 anos. Camélia recebeu cisplatina e ciclofosfamida. Dália recebeu metotrexato e ciclofosfamida. Sabe-se que estes quimioterápicos são nefrotóxicos.⁽³⁾

Duas pacientes (28,57%), Violeta e Hortência, apresentam dor e edema de membros superiores, relacionado à mastectomia, parcial ou radical.

Ressaltamos, ainda, que todas as pacientes apresentaram mais de uma complicação, devido à multiplicidade dos efeitos colaterais do tratamento em questão.⁽³⁾

Quanto aos relacionamentos familiares, todas tiveram apoio, de companheiro, filhos e amigos próximos. Estudos mostram que, apesar do impacto familiar da doença, a presença de relações afetuosas leva a um melhor enfrentamento da mesma.⁽⁷⁾

Duas pacientes (28,57%), Dália e Camélia, já quase não possuem relacionamentos pessoais, pois não conseguem sair de casa devido à debilidade ocasionada pela evolução da doença. Definimos fadiga como uma persistente e subjetiva sensação de cansaço relacionado à doença ou a seu tratamento, que interfere no desempenho das atividades usuais. Em alguns casos, é a barreira mais significativa à recuperação funcional dos portadores de câncer com doença estável sob tratamento quimioterápico.⁽³⁾

A literatura afirma, ainda, que a fadiga após o tratamento e a fadiga severa estão associadas com fatores físicos, psicológicos, sociais, cognitivos e comportamentais, que afetam a vida diária.⁽⁸⁾ E ainda afirma que amigos são considerados fontes de apoio, ajudando no enfrentamento do problema, e este tipo de relacionamento, nestes dois casos, ficou prejudicado.⁽⁷⁾

Quanto ao aspecto religioso, Rosa freqüenta menos a igreja; Camélia acredita em Deus, mas não pratica nenhuma religião; Hortência freqüenta Centro Espírita; Violeta, Margarida, Dália e Azaléia são católicas praticantes.

A auto-estima de quatro pacientes submetidas à mastectomia total ficou prejudicada. Camélia, Violeta, Dália e Azaléia referem não gostar de se olhar no espelho, comportamento compreendido como alteração na auto-imagem. Apenas Margarida não apresentou comprometimento da auto-estima, e a cirurgia a que foi submetida foi quadrantectomia. Com relação à cirurgia, a literatura nos mostra que pacientes submetidas à cirurgia conservadora apresentam menor comorbidade psicológica do que pacientes submetidas a cirurgias radicais.⁽⁹⁾

Quanto à sexualidade, Hortência, Camélia, Dália e Violeta já não eram sexualmente ativas, Margarida referiu diminuição da libido, Azaléia referiu que sua sexualidade foi prejudicada devido à mastectomia, pois o companheiro passou a não se interessar mais. Rosa não percebeu alterações neste aspecto.

O Regime Geral de Previdência Social garante que a pessoa portadora de câncer tem direito à aposentadoria por invalidez, independentemente do pagamento de 12 contribuições, desde que não esteja em processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta subsistência.⁽¹⁰⁾

Relativamente às atividades profissionais, Azaléia e Camélia foram aposentadas em decorrência do tratamento. Violeta e Dália eram já aposentadas antes do tratamento. Rosa, Margarida e Hortência permaneceram formalmente afastadas de suas atividades profissionais, tendo já retornado às suas outras atividades. No período

deste estudo fizeram jus às garantias da seguridade social prevista em lei.⁽¹⁰⁾

Também aqui, no aspecto social da vida das pacientes, observa-se que todas as pacientes apresentaram mais de uma alteração afetando, direta ou indiretamente, sua funcionalidade social.

CONCLUSÕES

Após a conclusão do estudo, baseada na análise dos resultados, e considerando a freqüência estatística das respostas apresentadas, podemos concluir, para o grupo em estudo, que: todas as pacientes perceberam algum tipo de modificação em algum aspecto de suas vidas; três pacientes tiveram alteração no peso corporal; a maioria desconhece os efeitos tardios da quimioterapia, e isto independe do grau de instrução dessas pacientes; todas as pacientes apresentaram algum tipo de complicação fisiológica; a idade das pacientes antecipou o desenvolvimento de determinadas complicações, tais como tontura e turvamento visual; pacientes submetidas a protocolos quimioterápicos que incluem epirrubicina freqüentemente desenvolvem hiperpigmentação no trajeto venoso onde o quimioterápico foi administrado; alopecia parcial pode estar presente mesmo após o término do tratamento, e está associada ao emprego de epirrubicina, ciclofosfamida e metotrexato; o aparecimento de complicações renais está associado ao emprego de quimioterápicos nefrotóxicos, e tem relação com idade superior a 70 anos; apoio familiar leva a um melhor enfrentamento da doença, e interfere na percepção que a própria paciente tem sobre seu estado de saúde; a fadiga originária da doença afeta relacionamentos sociais e pessoais; a maioria dos pacientes se apegam a alguma crença religiosa e tornam-se praticantes da mesma; pacientes submetidas à mastectomia radical tem a auto-estima prejudicada e sentem mais pesar do que aquelas submetidas à mastectomia parcial; cirurgia reconstrutora melhora a auto-imagem da paciente; dentre as pacientes sexualmente ativas, apenas uma não teve sua sexualidade afetada; todas as pacientes receberam benefício pecuniário do INSS durante o tratamento; uma foi aposentada devido à doença; pacientes que receberam algum tipo de apoio psicológico (de familiares ou de profissionais) durante e após o tratamento, enfrentaram melhor a doença.

Buscando enriquecer o presente estudo, passamos a apresentar, de forma descritiva, algumas das expressões verbalizadas pelas pacientes...

Azaléia...

visitada em 13 de janeiro de 2006, tem 56 anos e é portadora de câncer de mama metastático. Foi submetida a cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A radioterapia foi em região pélvica, devido à metástase. Hoje em dia passa por tratamento quimioterápico por causa da metástase pulmonar. Fez acompanhamento psicológico com profissional da instituição durante o tratamento. O que ela diz:

*...fiquei mais apegada à religião após o diagnóstico... /
...não gosto de me olhar no espelho, fiquei frustrada*

logo no início, mas isto não me impediu de fazer o tratamento. Após a primeira cirurgia, perdi um filho, e passei a não me preocupar com a minha aparência, perdi um pouco da ilusão e da vaidade. Minha vida sexual ficou prejudicada, pois meu parceiro não aceitava a situação...

Permaneceu afastada pelo INSS por dois anos. Hoje é aposentada.

...tinha vontade de fazer hidroginástica, mas não tenho como pagar. Meu maior medo é procurar os médicos e ouvi-los dizer que não há mais nada a se fazer...

Azaléia faleceu em 03 de abril de 2006.

Camélia...

visitada em 14 de janeiro de 2006, tem 74 anos, portadora de câncer de endométrio, submetida à radioterapia devido a câncer de mama, fez tratamento quimioterápico há dois anos. É viúva há cinco anos, mora com o único filho. Não terminou o tratamento (parou de tomar os hormônios). Ela diz que:

...meu relacionamento familiar é bom e que não houve mudanças. Não tenho relacionamentos pessoais, pois não consigo sair de casa. Mas acredito em Deus...

Tem a imagem corporal prejudicada devido a edema volumoso de membro superior, causado por tratamento de câncer de mama prévio. É aposentada há seis anos.

Dália...

visitada em 13 de janeiro de 2006, tem 86 anos, portadora de câncer de mama, foi submetida a cirurgia e quimioterapia. Não retorna para acompanhamentos. Mora com uma filha, que tem déficit cognitivo. Ela diz que:

...após o tratamento, fiquei esquecida, já não saio mais de casa, não gosto de me olhar no espelho, pois me sinto mutilada, mas não tenho medo da doença. Tenho dificuldade para comer, pois vomito com frequência e tenho queimação no estômago, que melhora quando tomo menos café. Faço tarefas domésticas mais leves...

É aposentada há mais de dez anos.

Hortência...

visitada em 21 de janeiro de 2006, tem 59 anos, portadora de câncer de mama, foi submetida a radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Fez tratamento completo e retorna para acompanhamento a cada seis meses. “...não acho que minha vida está melhor ou pior, vou ao Centro Espírita e tenho bons relacionamentos pessoais...” Reside com o companheiro. É professora de datilografia, ficou afastada do serviço por oito meses, e recebia do INSS. Hoje, trabalha normalmente.

Margarida...

visitada em 23 de janeiro de 2006, tem 45 anos, portadora de câncer de mama, submetida a cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Fez tratamento com-

pleto, realiza acompanhamento. *...percebi mudanças, engordei 3 quilos, minha libido diminuiu, apareceram manchas no meu braço. Meu sono ficou alterado, pois durmo pouco e durmo mal...* É professora universitária, ficou afastada durante o tratamento, mas já retornou às atividades.

Rosa...

visitada em 20 de fevereiro de 2006, tem 26 anos, fez cirurgia (curetagem uterina) e quimioterapia por causa da mola hidatiforme invasora. Ainda hoje faz controle ambulatorial. *...perdi 13 quilos após o fim do tratamento, e, ainda hoje, meus cabelos caem. Vou menos à igreja...* É balconista e voltou a trabalhar em julho de 2005 (estava desempregada).

Violeta...

visitada em 17 de janeiro de 2006, tem 60 anos, é portadora de câncer de mama, fez tratamento completo: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Faz acompanhamento a cada seis meses. *...engordei três quilos, fiquei extremamente incomodada com a alopecia, mas usei peruca durante esta fase. Recebi apoio familiar dos meus filhos de criação e sobrinhos. Sou católica praticante e freqüento mais a igreja...* A mastectomia afetava sua imagem corporal e seus relacionamentos pessoais, *...me isolei devido à minha aparência...* Aceitou a doença, *...Deus marcou para mim...* Fez reconstrução da mama há quatro meses. Aguarda cirurgia reparadora. Não se casou e não teve filhos. É professora aposentada há dez anos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - Pró-onco. Ações de Enfermagem para o controle do câncer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Pró-Onco; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
3. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
4. Silva SR, Aguilar OM. Quimioterapia antineoplásica: revisão de literatura. REME Rev Min Enf 1999; 3 (1/2): 60-7.
5. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira E, Santos L, Pinzon V. 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.
6. Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
7. Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. Relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modelo de interdependência de Roy. Rev Bras Cancerol 2005; 3 (51): 219-25.
8. Curt GA. Impact of fatigue on quality of life in oncology patients. Semin Hematol 2000 Oct.; 37 (4 Suppl 6):14-7.
9. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. Rev Bras Cancerol 2005; 51 (2):149-54.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer. Divisão de Comunicação Social. Direitos do paciente com câncer. Rio de Janeiro, 1ª semestre de 2006. [Citado em: 25 abr. 2006]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/arquivos/direitos_direitos_do_pacientecomcancer.pdf.

Recebido em: 03/07/2006

Aprovado em: 03/09/2006