

Tratamento Quimioterápico em Pacientes Oncológicos

Chemotherapy Treatment in Cancer Patients

Marília Martins Schulze*

Resumo

O trabalho visa conhecer os efeitos colaterais e psicológicos gerados pelo tratamento quimioterápico. Foram entrevistados pacientes que se encontravam em tratamento quimioterápico no período de 30 de julho à 24 de agosto do ano de 2007, no Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon) localizado no município de Lages (Santa Catarina). Foi aplicado um instrumento de avaliação, através de entrevistas e análise de prontuários médicos, além de observação. Observou-se que o impacto do diagnóstico do câncer resulta diversas reações em cada pessoa. As pessoas que estão tratando sua doença através da quimioterapia encontram-se, apesar dos percalços, esperançosas e com vontade de viver. Relataram, porém, que no começo do tratamento a situação é difícil e assustadora devido aos efeitos colaterais. Entretanto, passado algum tempo, os pacientes, em sua maioria, pensam positivamente, e crendo na ciência médica, confiam na quimioterapia como sendo esta o caminho para a cura.

Palavras-chave

Câncer; quimioterapia; efeitos colaterais e psicológicos.

Abstract

The research aim try to show the collateral and psychologic effects that the chemotherapy cause. All the patients that were being treated because of cancer, during the period of July 30th until August 24th of 2007, in the Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), in Lages (Santa Catarina – Brazil), were interviewed. An instrument of valuation was applied (enclosed), throughout interviews and doctors conclusions analysis, besides of observation. Was observed that the impact of the diagnostic results in different reactions among the patients. People, who are treating their disease with chemotherapy, are, in spite of some obstacles, hopeful. They related that in the beginning of the treatment the situation was hard and frightful due to collateral effects. However, after some time, patients thinking in a positive way, and believing in the medicine, trust in the chemotherapy treatment to be healed as soon as possible.

Key Words

Cancer; chemotherapy; collateral and psychologic effects.

Evidencia-se um aumento progressivo no número de casos de câncer no Brasil, indicando este, ser um assunto totalmente presente no dia-a-dia da população brasileira.

Atribui-se ser o câncer um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Em contra partida, um tumor benigno é uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, dificilmente constituindo um risco de vida.

Segundo Silva, o termo neoplasia (*neo = novo/ plasia = tecido*) é usado para designar a proliferação tecidual, sendo este sempre acompanhado das palavras benigna ou maligna, expressando assim o comportamento biológico de tais lesões (1).

Já o termo tumor significa uma elevação do tecido podendo ser encontrado em processos inflamatórios, infecciosos e outros, sem a obrigatoria proliferação celular. Esses dois termos podem ser usados como sinônimos, porém não deixam claro o comportamento quanto à malignidade. Por sua vez, o termo câncer designa claramente as neoplasias malignas cujas principais categorias são os carcinomas, os sarcomas, os linfomas e as leucemias.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2006, a estimativa dos casos novos de câncer no Brasil foi de 472.050 casos, na região Sul de 102.110, e no estado de Santa Catarina de 18.770, sendo que deste último 10.250 foram no sexo masculino e 8.520 no sexo feminino (2).

* Acadêmica do 4º ano do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense

Rua: Tiradentes, 206 – Centro - Lages - Santa Catarina. CEP: 88501-230
Fone/ fax: (49) 32231658 ; e-mail: maschulze@uniplac.net

As células são formadas por três partes: a membrana celular, o citoplasma, e o núcleo que contém os cromossomos, que por sua vez são compostos de genes (arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo). Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, em uma memória química, o DNA. Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes, sendo este processo chamado de mutação genética, assim, a célula passa a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela “cancerização” das células normais, originando as células cancerosas.

Há quatro formas de atuação das células cancerosas, que as diferenciam das células normais:

- **Clonalidade:** o câncer origina-se de alterações genéticas de uma única célula, que prolifera para formar o clone de células malignas.
- **Autonomia:** o crescimento não é adequadamente regulado por influências normais.
- **Anaplasia:** ausência de diferenciação normal e coordenada das células.
- **Metástases:** crescimento descontínuo e disseminação para outras partes do corpo (1).

As causas do surgimento do câncer são variadas, podendo ser internas ou externas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural (3, 4).

Algumas substâncias químicas são carcinógenos comprovados como, por exemplo, a irradiação, dentre outros fatores, citando-se os vírus, os fatores genéticos, psicológicos, reprodutivos ambientais, hábitos de vida e nutricionais (1).

Dentre todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados ao meio ambiente, sendo este o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida).

O envelhecimento por si só, traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso se soma ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para o câncer, explicando em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos.

Segundo Bauer, o estresse psicológico está associado a uma supressão generalizada da imunidade celular, tornando o indivíduo mais suscetível ao crescimento tumoral e à metástase (5).

Além de alterar o sistema imune, o estresse pode provocar o surgimento do câncer através do bloqueio temporário da apoptose e inibição da atividade das enzimas que reparam falhas no DNA (carcinogênese).

Todos estes fatores de risco atuam, ao alterarem a estrutura genética (DNA) das células, iniciando assim, a formação do câncer.

O aparecimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer.

Porém, algumas pessoas apresentam predisposição genética para algum tipo de câncer ao longo de sua vida, independentemente da ação do meio ambiente. Por outro lado, pessoas que herdaram um gene mutado podem não desenvolver a doença (1).

A avaliação diagnóstica do câncer baseia-se na detecção de mudanças fisiológicas e funcionais. Após o diagnóstico, faz-se o estadiamento para avaliar o prognóstico do paciente frente à patologia, e para definir a melhor abordagem terapêutica (1).

Para Silva, o diagnóstico de câncer traz consigo o diagnóstico de doença terminal, sendo compreendido pelos pacientes como uma experiência dramática, inesperada e chocante (1). Há a possibilidade de que 30% dos pacientes desenvolvam ansiedade generalizada, depressão ou desajuste dentro do primeiro ano após a comunicação do diagnóstico. Feito o diagnóstico, o paciente vê a sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, já que o câncer traz consigo mudanças nas diversas esferas da vida, como no trabalho, família e lazer, trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações interpessoais (6).

O câncer tem sido visto pela população como um processo irreversível, muitas vezes associado a um desfecho fatal. É uma das doenças mais temidas pela humanidade, pois gera sentimentos de medo, angústia e desespero e, assim, o seu diagnóstico, na imaginação popular, está associado à morte (1).

Porém, o avanço na área da medicina trouxe consigo tratamentos e perspectivas de cura para muitos tipos de câncer. As pesquisas e o tratamento do câncer evoluíram muito neste século, principalmente nos últimos 30 anos. Hoje, o câncer é visto como uma doença crônica, mas considerada totalmente tratável, sendo em alguns casos curada, principalmente quando o diagnóstico é feito no início da doença (1).

A primeira etapa no tratamento consiste em conhecer o paciente (informações clínicas, de desenvolvimento e sociais), a segunda é conhecer o tumor (comportamento, taxa de crescimento, modo de disseminação, local ou sistêmico), e a terceira e última etapa é conhecer as opções terapêuticas disponíveis (6).

O tratamento para o câncer pode envolver:

- Cirurgia para o diagnóstico (biópsia), para estadiamento, de intenção curativa ou radical, de intenção paliativa ou preventiva.
- Radioterapia com fins curativos ou paliativos.
- Quimioterapia curativa ou paliativa.
- Hormonioterapia ablativa, medicamentosa.
- Imunoterapia ativa, passiva.

Essas terapias podem ser indicadas sozinhas ou associadas entre si (1).

Desde o início da década de 60 do século 20, a quimioterapia do câncer evoluiu como importante modalidade de tratamento. Mais de 30 drogas quimioterápicas são usadas isoladamente ou em várias combinações (2).

Define-se quimioterapia como o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral.

“Os agentes utilizados no tratamento do câncer afetam tanto as células normais como as neoplásicas, porém eles acarretam maior dano as células malignas do que às dos tecidos normais,

devido às diferenças quantitativas entre os processos metabólicos dessas duas populações celulares”.

As drogas exercem seus efeitos por meio de vários mecanismos. Em nível celular, criam condições adversas que impedem o crescimento e a replicação celular. Estes mecanismos consistem no distúrbio da produção das enzimas essenciais; na inibição da síntese de DNA, RNA e proteínas e no impedimento da mitose celular (2).

O DNA das células age como modelador na produção de RNA transportador, ribossômico e mensageiro, determinando assim, qual enzima irá ser sintetizada pela célula. As enzimas são responsáveis pela maioria das funções celulares, e a interferência nesse processo, irá afetar a função e proliferação das células. A maioria das drogas utilizadas na quimioterapia antineoplásica interfere de algum modo nesse mecanismo celular.

O paciente pode receber a quimioterapia como tratamento único ou aliada a outros, como radioterapia e/ ou cirurgia.

Conforme o INCA e Porth, as drogas anticâncer podem ser classificadas como específicas do ciclo celular ou inespecíficas do ciclo celular (2, 7):

- **Ciclo inespecífico:** atua nas células que estão ou não no ciclo proliferativo (ex.: mostarda nitrogenada).
- **Ciclo específico:** atua somente nas células que se encontram em proliferação (ex.: ciclofosfamida).
- **Fase específica:** atua em determinadas fases do ciclo celular (ex.: metotrexate (fase S), etoposide (fase G2), e vincristina (fase M)).

Como diferem em seus mecanismos de ação, as combinações de agentes específicos do ciclo celular e inespecíficos do ciclo celular costumam ser usadas para tratar o câncer.

A quimioterapia pode ser feita com a aplicação de um ou mais quimioterápicos. A quimioterapia combinada (poliquimioterapia) foi comprovada como sendo mais efetiva que o tratamento com uma única droga (monoquimioterapia). O objetivo da quimioterapia combinada é atingir populações celulares em diferentes fases do ciclo celular, utilizar a ação sinérgica das drogas, diminuir o desenvolvimento de resistência às drogas e promover maior resposta por dose administrada.

De acordo com as suas finalidades a quimioterapia pode ser classificada em:

- **Curativa:** com objetivo de se conseguir o controle completo do tumor.
- **Adjuvante:** quando se segue à cirurgia curativa, com o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases.
- **Neo-adjuvante ou prévia:** quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia e/ou radioterapia.
- **Paliativa:** não tem finalidade curativa, é usada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente. Segundo o INCA, são usados alguns critérios para aplicação da quimioterapia, para que se evite os efeitos tóxicos intoleráveis da mesma, e que possam por em risco a vida dos pacientes.

São eles:

• **Condições gerais do paciente:**

- Menos de 10% de perda do peso corporal desde o início da doença.

- Ausência de contra-indicações clínicas para as drogas selecionadas.
- Ausência de infecção ou infecção presente, mas sob controle.
 - Capacidade funcional correspondente aos três primeiros níveis, segundo os índices propostos por Zubrod e Karnofsky.
- Contagem das células do sangue e dosagem de hemoglobina (valores para crianças são menores):
 - Leucócitos maior que 4.000/ mm cúbico.
 - Neutrófilos maior que 2.000/ mm cúbico.
 - Plaquetas maior que 150.000/ mm cúbico.
 - Hemoglobina maior que 10 g/ dl.
- Dosagens séricas:
 - Uréia menor que 50 mg/ dl.
 - Creatinina menor que 1,5 mg/ dl.
 - Bilirrubina total menor que 3,0 mg/ dl.
 - Ácido úrico menor que 5,0 mg/ dl.
 - Transferases (transaminases) menor que 50 UI/ ml.

Esses critérios devem ser adaptados às características individuais do paciente e do tumor que o acomete.

As principais drogas antineoplásicas utilizadas no tratamento do câncer são:

- **Alquilantes polifuncionais:** eles se ligam ao DNA de modo a impedir a separação dos dois filamentos do DNA na dupla hélice espiralar, fenômeno indispensável para a replicação. Afetam as células em todas as fases do ciclo celular. Raramente produzem efeito clínico ótimo sem a combinação com outros agentes fase-específicos do ciclo celular. (mostarda nitrogenada, mostarda fenil-alanina, ciclofosfamida, o bussulfam, as nitrosurêias, cisplatina, ifosfamida).
- **Antimetabólicos:** inibem a biossíntese dos componentes essenciais do DNA e RNA, impedindo a multiplicação e funções normais da célula. São particularmente ativos contra células que se encontram na fase de síntese celular (fase S). Esta inibição da biossíntese pode ser dirigida às purinas (como é a ação dos quimioterápicos 6-mercaptopurina e 6-tioguanina), à produção de ácido timidílico (5-fluoruracil e metotrexate) e outras etapas da síntese de ácidos nucleicos (citosina-arabinosídeo).
- **Antibióticos antitumorais:** embora inibam a síntese de DNA e de proteínas, não atuam especificamente sobre uma determinada fase do ciclo celular. Possuem anéis insaturados que permitem a incorporação de excesso de elétrons e a consequente produção de radicais livres reativos. Podem apresentar outro grupo funcional que lhes acrescenta novos mecanismos de ação, como alquilação (mitomicina C), inibição enzimática (actinomicina D e mitramicina) ou inibição da função do DNA por intercalação (bleomicina, daunorrubicina, actinomicina D e adriamicina e seus análogos mitroxantona e epirrubina).
- **Inibidores mitóticos:** podem paralisar a mitose na metáfase, devido à sua ação sobre a proteína tubulina, formadora dos microtúbulos que constituem o fuso espiralar, pelo qual migram os cromossomos. Assim os cromossomos, durante a metáfase, ficam impedidos de migrar, ocorrendo a interrupção da divisão

celular. Tem os alcalóides da vinca rósea (vincristina, vimblastina evindesina) e os derivados da podofilotoxina (o VP-16, etoposide; e o VM-26, teniposide). Devem ser associados a outros agentes para maior efetividade da quimioterapia.

• **Outros agentes:** algumas drogas não são agrupadas em uma determinada classe farmacológica como a dacarbazina (usada no tratamento de melanoma avançado, sarcoma de partes moles e linfomas), procarbazina (usada na doença de Hodgkin), a L-asparaginase (no tratamento da leucemia linfocítica aguda).

A quimioterapia é temida pelas pessoas devido aos inúmeros efeitos colaterais que essa pode gerar. Mesmo quando indicada para a melhora dos sintomas ou até mesmo quando para a cura definitiva do tumor, quando lembrada é associada aos efeitos colaterais, sendo assim, responsável pelos medos e recusa ao tratamento.

Para Zago, a quimioterapia se reveste de significados ambivalentes: se por um lado representa a possibilidade de cura, por outro lado tem um efeito devastador que lhe confere o caráter agressivo e destruidor (6). Os agentes quimioterápicos não atuam somente nas células tumorais, assim estruturas normais que se renovam constantemente como a medula óssea, pêlos e a mucosa do tubo digestivo são também atingidos. As células normais apresentam um tempo de recuperação previsível, assim é possível que a quimioterapia seja aplicada repetidamente desde que se tenha o intervalo de tempo necessário para a recuperação da medula óssea e da mucosa do tubo digestivo. Os efeitos colaterais dependem da droga utilizada, do tempo de exposição, e da concentração plasmática da droga.

Dentre os principais efeitos colaterais precoces e imediatos da quimioterapia citam-se as náuseas, vômitos, mal-estar, adinamia, artralguas, exantemas, flebites, mucosites, constipação intestinal, diarreias, mielossupressão. Os efeitos colaterais tardios (meses) são as miocardiopatias, hiperpigmentação, esclerodermia, alopecia, pneumonite, imunossupressão, neurotoxicidade, nefrotoxicidade, e os efeitos ultra-tardios (meses ou anos) são a infertilidade, carcinogênese, mutagênese, distúrbio do crescimento em crianças, seqüelas no sistema nervosa central entre outros, que juntos trazem a desfiguração física, a mudança da auto-imagem corporal e preocupações angustiantes em relação a aceitação social. De acordo com Delgado, a incidência de náuseas e vômitos nesses pacientes em uso dos mais diversos agentes quimioterápicos está na ordem de 40% a 75% (8). Como nem sempre as melhoras físicas são sentidas imediatamente e no grau desejado após o tratamento, as fantasias e os medos aumentam, despertando sentimentos variados podendo levar o indivíduo a um quadro de depressão (4).

Consoante a linha de raciocínio de Zago e Silva, dificilmente existe outra doença que induza a tantos sentimentos negativos em qualquer um de seus estágios como o câncer, devido ao choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna (1, 6).

Assim, diante da prevalência elevada do câncer na população, busca-se conhecer o tratamento quimioterápico bem como suas implicações em uma doença cujo aumento de casos cresce vertiginosamente a cada nova estatística, buscando como objetivos verificar quais os critérios a serem avaliados e as condições gerais dos pacientes para aplicação do tratamento, descrever quais as principais drogas utilizadas no tratamento, verificar a classificação da quimioterapia de acordo com suas finalidades e conhecer os efeitos colaterais da quimioterapia buscando conhecer as alterações psicológicas possíveis de ocorrer em decorrência do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico (9).

MATERIAL E MÉTODOS

O local escolhido para a realização desse presente estudo foi o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) situado na Rua Marechal Deodoro, 799, Bairro Centro, no município de Lages (Santa Catarina), no período de 30 de julho a 24 de agosto de 2007.

A estrutura física do CEPON se compõe de uma sala de recepção, dois consultórios médicos, sala de curativos, farmácia, central de quimioterapia, banheiros, posto de enfermagem, expurgo, copa, antecâmara, consultório de enfermagem e de uma sala de reuniões. A equipe de funcionários é constituída por três enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um bioquímico, cinco médicos, dois atendentes da recepção, dois funcionários para serviços gerais, um copeiro e um na farmácia.

O CEPON funciona desde o mês de setembro de 1998, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 h. O atendimento médico se faz das 8:30 às 12:00 h. Os pacientes ficam na recepção aguardando até serem encaminhados para os consultórios médicos ou para a central de quimioterapia. Estima-se que desde o início de seu funcionamento, o CEPON já tenha atendido cerca de 4.088 pacientes.

Todas as manhãs, com exceção das quintas-feiras (a instituição não disponibilizou este dia por já haverem alunos de outros cursos fazendo estágio nesse período), estive das 8:00 às 12:00 h no Cepon, mais especificamente na sala de quimioterapia, realizando o acompanhamento da enfermagem, entrevistando os pacientes, revisando os prontuários. Estive também acompanhando as consultas médicas. Fiz essa mesma atividade nas terças-feiras das 13:30 às 17:00 h.

A proposta visou estabelecer um conhecimento em tratamento quimioterápico, buscando saber os critérios de avaliação à aplicação, tipos de drogas, classificação da quimioterapia, entre outros, como também, procurou saber os efeitos colaterais e psicológicos gerados por este tratamento.

Para isso, aplicou-se um instrumento de avaliação (anexo), através de entrevistas e análise de prontuários médicos, além de observação. Em um primeiro momento, teve-se acesso aos prontuários dos pacientes para se obter dados essenciais, como, por exemplo, identificação, diagnóstico de câncer, entre outros. Assim, em um momento posterior era explicado ao paciente o caráter da entrevista, bem como suas finalidades e o caráter sigiloso da mesma. Após a obtenção do consentimento para a realização desta, a conversa se seguia de maneira informal a fim de que o paciente se sentisse bem a vontade, não ficando constrangido, obtendo-se assim todos os dados necessários à pesquisa.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa quantitativa e qualitativa, visando compreender o sentido e o significado das falas dos pacientes entrevistados. A amostra qualitativa está identificada pela letra P (paciente), seguida de um número de acordo com a ordem da entrevista, indo de P1 a P37.

RESULTADOS

2.1. Abordagem quantitativa

A amostra foi composta por 37 pacientes, sendo estes 20 mulheres e 17 homens, com idade entre 20 e 70 anos, com diagnóstico de câncer e em tratamento quimioterápico. Destes apenas 1 paciente é da cor negra, sendo o restante da cor branca. 30 pacientes são casados, 4 são solteiros, 1 é viúvo e 2 são separados. Apenas 4 pacientes não possuem filhos, sendo que os outros possuem entre 1 a 7 filhos. 18 pacientes residem em Lages, sendo que os demais são domiciliados em

idades vizinhas. O grau de instrução dos entrevistados está entre o 1º grau incompleto e superior completo. 3 entrevistados nunca estudaram. Dos pacientes entrevistados, predominou o diagnóstico do câncer de mama, sendo este referido por 9 pacientes, 7 pacientes tiveram diagnóstico de câncer no intestino, 3 linfomas de mediastino não Hodgkin, 2 no pulmão, 2 no estômago, 2 no pâncreas, 2 na bexiga, 2 no esôfago, 1 no útero, 1 no ovário, 1 no testículo, 1 no baço, 1 no tórax, 1 no sistema nervoso central (SNC), 1 na cavidade oral, e uma doença de Hodgkin. 18 pacientes receberam diagnóstico de câncer a mais de 1 ano. Quanto aos antecedentes familiares, 29 pacientes referiram ter antecedentes familiares para o câncer.

As principais drogas utilizadas no tratamento quimioterápico foram em ordem: 5- fluoruracil, ciclofosfamida, doxorubicina, irinotecan, cisplatina, paclitaxel, gencitabina, vincristina, carboplatina, bleomicina, etoposide, methotrexate, vimblastina, dacarbazina e clorambucil. A maioria dos esquemas foi de quimioterapia combinada.

Em relação ao tempo de tratamento quimioterápico 29 pacientes relataram fazerem a menos de 6 meses. 8 pacientes informaram fazê-lo a mais de 6 meses.

De acordo com as finalidades 17 pacientes receberam tratamento quimioterápico com a finalidade paliativa, 9 de caráter adjuvante, 5 com a finalidade curativa, 4 pacientes receberam a prévia, e 2 a de controle.

A associação de outros tratamentos foi referida por alguns pacientes. 21 entrevistados relataram já terem passado por processo cirúrgico para a retirada do tumor. A radioterapia foi lembrada por 8 pacientes. A hormonioterapia foi usada por 1 paciente e, 1 paciente fez radiocirurgia.

Os efeitos colaterais da quimioterapia são relatados por alguns pacientes como que causando alguns transtornos e incômodos físicos. Muitos pacientes têm vários sintomas associados.

A queda de cabelo foi citada por 18 pacientes, seguindo-se as náuseas por 15 e a dor pelo corpo por 13 pacientes. O mal-estar foi relatado por 9 pacientes, e os episódios de diarreia por 8 pacientes. A constipação foi lembrada por 4 entrevistados, a ansiedade por 3, vômitos por 2, e falta de apetite por 2 pacientes. Sintomas como fraqueza, sonolência, choro excessivo, pés amortecidos, sudorese, frio, desânimo, prurido no nariz, irritabilidade, insônia, e sensação de sufoco também foram relatados.

O tempo de duração dos efeitos colaterais variou de 1 a 12 dias após aplicação dos agentes quimioterápicos. Dos entrevistados, 8 pacientes referiram não ter nenhum efeito colateral após a sessão de quimioterapia.

Todos os pacientes relataram receber total apoio emocional da família e de amigos, constituindo este um fator muito importante no processo da cura.

2.2. Abordagem qualitativa

Foram geradas 3 categorias: Como foi descobrir o diagnóstico e o que se pensou?; Como recebeu a notícia sobre o processo quimioterápico?; e Como está emocionalmente? As duas primeiras categorias são compostas respectivamente por 2 subcategorias. Assim seguem-se as categorias:

1. Como foi descobrir o diagnóstico e o que se pensou?

A primeira categoria está ligada à vivência dos entrevistados com o diagnóstico de câncer. Refere-se ao instante em que receberam o diagnóstico.

1.1. Apresentou dificuldade na aceitação

Nessa subcategoria são citados alguns dos 23 pacientes, os

quais tiveram dificuldades em aceitação quanto ao diagnóstico. Com alguns depoimentos buscou-se ver o impacto psicológico gerado nesses pacientes em decorrência do diagnóstico.

“Foi difícil (...) achei que só acontecia com os outros” P1

“Fiquei muito mal, achei que ia morrer (...) associei à morte” P2

“Foi muito triste (...) o doutor me tirou o chão (...) a sala começou a girar (...) fiquei agoniada, tinha que manter a janela e as portas abertas” P6

“Fiquei nervoso, com raiva, mas depois de conversar com o médico me acalmei” P8

“Não esperava (...) deu um frio na barriga no momento” P9

“Foi difícil, fiquei preocupada por não poder trabalhar” P10

“Tive medo (...) assustou (...) quase morri (...) não aceitava a palavra maligno, não esperava, mas passou...” P23

“Minha vida parou, foi um choque...” P28

“Primeira coisa que pensei foi nas crianças (...) tudo desmoronou” P29

“Entrei em parafuso (...) saí do ar...” P31

“Fiquei uma semana trancado no quarto (...) recebi uma sentença de morte” P30

1.2. Não apresentou dificuldade na aceitação

Nessa subcategoria, a qual foi composta por 14 pacientes, são citados alguns trechos sobre pacientes que referiram ou demonstraram não ter tido dificuldades em aceitar o diagnóstico.

“Foi a mesma coisa que nada (...) dei risada, é como se tivesse me dito que tava com gripe...” P7

“Não me preocupei (...) não tenho essa doença, tenho fé em Deus que não vai ser nada” P14

“Fiquei numa boa, como se não tivesse o problema (...) se me perguntam, respondo: tô bem!” P13

“Fiquei tranqüila, meu genro é médico, me orientou bem” P18
“Fiquei calma (...) fui até passear (risos) (...) a família é que ficou angustiada, briguei com todos por ficarem angustiados” P19

“Não fiquei abalada (...) tem que lutar (...) um dia todos morrem” P22

2. Como recebeu a notícia sobre o processo quimioterápico?
Essa categoria abrange o significado que o tratamento quimioterápico assumiu na vida dos pacientes entrevistados.

2.1. Apresentou dificuldades na aceitação do tratamento

13 pacientes declararam terem tido dificuldades em aceitar o tratamento quimioterápico. A maioria se referiu aos efeitos colaterais, como, por exemplo, a perda do cabelo.

“No começo foi difícil, mas agora tô acostumado” P1

“Fiquei com medo das reações (...) fiquei muito nervosa, mas depois me acostumei (...) medo de cair meu lindo cabelo” P4

“No começo fiquei apreensiva pela perda do cabelo, sobrancelhas (...) mas agora aceitei bem” P30

“Fiquei mal, mas tem que aceitar para melhorar” P21

“Tinha medo no início, porém a psicóloga me incentivou” P30

2.2. Não apresentou dificuldades na aceitação do tratamento

24 pacientes relataram não terem tido dificuldades em aceitar o tratamento. Desses alguns depoimentos se seguem:

“Encarei numa boa, é para melhorar” P7

“Sem problemas (...) eu quero é viver” P5

“Aceitei bem, acredito em: primeiro lugar em Deus, depois na medicina e na medicação” P11

“Sem problemas, tô doente (...) tem que tratar” P16

“Aceitei bem (...) já tive a experiência com uma filha” P8

“Naquela altura do campeonato, aceitava qualquer coisa” P34

3. Como está emocionalmente?

Buscou-se saber como está o estado emocional do paciente, buscando conhecer as possíveis alterações psicológicas decorrentes de todo esse processo.

“Não vou negar que choro escondido de meu marido e filhos, mas tento me manter calma porque só eu posso me ajudar” P18

“Tô bem (...) um pouco emocionado (lágrimas)” P2

“Tô bem pra caramba (...) tô só um pouco ansiosa para ver o fim da quimioterapia, se terei que fazer radioterapia” P6

“Estou bem, acho que já serei (...) tô confiante com o tratamento” P29

“Estou triste, com medo (...) choro às vezes por ficar nervoso” P28

“Estou abalada, muito ansiosa, nervosa pelo tratamento estar acabando, tenho medo do resultado que vai dar na tomografia (lágrimas)” P2

“Tô bem, é claro que tenho que tomar um calmante, mas estou bem” P19

“Tem dias que choro muito (...) fico muito nervoso, mas daí olho os outros e me conformo” P9

“Bem (...) é importante acordar e ver a cada dia que acordo e estou bem” P25

“Estou tranqüila, é a mesma coisa que não ter nada. Se pensar negativo só atrai coisas ruins e não melhora” P13

“Quero apoio psicológico (...) tenho crises, sou muito nervosa... (lágrimas)” P27

“Sinto preconceito das pessoas por ter câncer (...) como se fosse algo contagioso (...) isso machuca” P8

DISCUSSÃO

Depois de analisados os resultados, constatou-se que há um elevado número de casos de câncer e de pacientes em tratamento de tal doença. Observou-se que o impacto do diagnóstico do câncer é vivido por cada paciente em sua peculiaridade. Alguns pacientes vivenciaram este momento com muita dificuldade, apresentando alterações psicológicas

como medo, desespero e raiva. Outros demonstraram não terem sentido tão fortemente este momento, se apegando a religião, familiares e médicos.

Buscou-se conhecimento sobre o tratamento quimioterápico como um todo, pois este representa um avanço na cura e controle do câncer, aumentando a expectativa de vida do paciente.

De acordo com Zago, a quimioterapia se reveste de significados ambivalentes: se por um lado representa a possibilidade de cura, por outro lado tem um efeito devastador, conferindo-lhe um caráter agressivo e destruidor.

A imagem que se tinha sobre este processo, era de uma etapa triste e de pessoas desesperançosas. Porém, na realização deste trabalho notou-se que apesar dos pacientes se encontrarem com medo em alguns momentos, esses não perdem a esperança e confiam no tratamento. As pessoas que se encontram em tratamento quimioterápico, se encontram, apesar de tudo, bem, esperançosas e com vontade de viver. Relataram, porém, que no começo foi difícil e assustador por causa dos efeitos colaterais, mas que agora tudo passou, e que pensamento positivo aliado à quimioterapia é o caminho para a cura.

Verificou-se que muitos são os agentes quimioterápicos utilizados no tratamento do câncer. Todos têm suas peculiaridades por agirem de modo único em determinada fase do ciclo celular, ou não. Assim, observou-se que devido a essas ações, a maioria das drogas são utilizadas de maneira combinada.

Para verificação dos critérios analisados para aplicação do tratamento, são seguidos protocolos como o fornecido pelo INCA, no qual é avaliado o paciente como um todo, obtendo-se anamnese, exame físico, exames complementares e estadiamento, entre outros. Para o INCA esse processo é importante para evitar os efeitos tóxicos intoleráveis dos quimioterápicos que podem vir a pôr em risco a vida dos pacientes.

Assim sendo, considera-se que os objetivos propostos para a presente pesquisa foram alcançados, pois possibilitou compreender de uma forma ampla e complexa o tratamento quimioterápico e o significado que o diagnóstico de câncer e a quimioterapia causam na vida dessas pessoas.

ANEXO

Instrumento de avaliação:

Nome:

Sexo:

Idade:

Cor:

Estado civil:

Número de filhos:

Cidade procedente:

Escolaridade:

Profissão:

Críticos avaliados para a aplicação da quimioterapia:

Drogas utilizadas:

Classificação de acordo com suas finalidades:

Diagnóstico de câncer:

Antecedentes familiares:

Soube do seu diagnóstico há quanto tempo?

Como foi saber? o que pensou?

Faz tratamento quimioterápico há quanto tempo?

Fez outros tratamentos?

Como recebeu a notícia?
Quantas vezes na semana faz o tratamento quimioterápico?
Tem efeitos colaterais?
Recebe apoio emocional da família?
Como está emocionalmente?

REFERÊNCIAS

1. Silva Valéria Costa Evangelista da. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Ribeirão Preto – SP, 2005.
2. INCIDÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03/08/2007.
3. Goldman, Lee; Bennett, J. Claude. Tratado de Medicina Interna. 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001.
4. Smaletz Ó.: Quimioterapia no câncer de próstata androgênio-independente. Rev Bras Oncologia Clínica 2004 vol.1 (2); 7-11.
5. Bauer ME: Como os fatores psicológicos influenciam o surgimento e progressão do câncer? Rev Bras Oncologia Clínica 2004 vol. 1 (1) 33-40.
6. Zago EA, Montes RM: Processo quimioterápico em mulheres com câncer de mama: compreendendo o significado e as vivências subjetivas. Rev Bras Oncologia Clínica 2005 vol. 2 (6) 15-24.
7. Phort, Carol Mattson. Fisiopatología. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan S.A, 2004.
8. Delgado GL, Gazzi LAP, Pondé NF, et al.: Náuseas e vômitos antecipatórios: pontos fundamentais. Rev Bras Oncologia Clínica 2006 vol. 3 (8) 7-11.
9. Teixeira, ZC, et al.: Cadernos para apresentação de trabalhos acadêmicos. Lages – SC: UNIPLAC, 2003.