



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Érica Bernardes Duarte

**MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À
BRAQUITERAPIA: SIGNIFICADO E PERCEPÇÃO DOLOROSA**

Florianópolis

2018

Érica Bernardes Duarte

**MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À
BRAQUITERAPIA: SIGNIFICADO E PERCEPÇÃO DOLOROSA**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Duarte, Érica Bernardes
MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À
BRAQUITERAPIA: SIGNIFICADO E PERCEPÇÃO DOLOROSA / Érica
Bernardes Duarte ; orientadora, Luciana Martins da Rosa,
2018.
108 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Braquiterapia. 3. Enfermagem. 4.
Neoplasias dos Genitais Femininos. 5. Impacto
psicossocial. I. Rosa, Luciana Martins da . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Érica Bernardes Duarte

**MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À
BRAQUITERAPIA: SIGNIFICADO E PERCEPÇÃO DOLOROSA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 09 de agosto de 2018

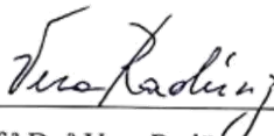


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa
Orientadora e Presidente



Prof.ª Dr.ª Vera Radünz
Membro Efetivo



Prof.ª Dr.ª Mirella Dias
Membro Efetivo

Dedicatória

Dedico este estudo ao meu avô Érico (*in memoriam*), de quem herdei o nome e o desejo pelo saber.

À minha mãe Paulina, que sempre lutou para que eu fosse capaz de alcançar meus sonhos, que acreditou em mim e que dividiu comigo o cansaço desta trajetória

Ao meu pai Pedro, por todo o esforço e trabalho duro para que eu pudesse aproveitar todas as oportunidades.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me presenteou com a vida e que tem se manifestado cada vez mais forte em meus dias, me concedendo a força necessária e me amparando nas dificuldades enfrentadas em minha jornada;

À minha mãe Paulina, que é meu pilar, meu exemplo e minha guia em todos os dias de minha vida. Que acredita em mim antes mesmo que eu seja capaz de acreditar e que sabe do que eu preciso antes que eu mesma saiba. É minha certeza nos momentos de dúvida e minha luz quando só enxergo escuridão;

Ao meu pai Pedro, minha irmã Heloysa e minhas amadas avós Nadir e Eunice, que me encheram sempre do amor e da confiança necessária para que eu soubesse que seria capaz de seguir meu sonho de utilizar minha vida como ferramenta para cuidar do próximo;

Ao meu amor, Carlos, que viveu ao meu lado os dias mais difíceis desta jornada, que embarcou comigo neste sonho e fez-se em mil para me auxiliar em tudo o que fosse preciso. Que acordou ao meu lado enquanto o sol ainda dormia e manteve-se acordado ao meu lado noite a dentro me fazendo companhia nas horas de estudo;

Às minhas amigas, do curso e da vida, que compreenderam a minha necessária ausência em suas vidas. Em especial à Luiza e Cláudia, que entendiam, assim como eu, as particularidades desta rotina, que dividiram as dúvidas, medos e também vitórias e alegrias deste processo de formação;

À minha Professora e Orientadora Luciana Martins da Rosa, que acreditou em meu potencial e embarcou comigo no desenvolvimento deste projeto, compartilhando comigo de seu conhecimento e me auxiliando nas dificuldades encontradas pelo caminho;

À Banca Examinadora, que aceitou a proposta de avaliar e contribuir para a melhoria de meu trabalho, colaborando para a minha formação e para o aprimoramento deste estudo;

Ao CEPON, em especial às enfermeiras do Ambulatório de Radioterapia, que me receberam carinhosamente em seu local de trabalho, aceitaram minha presença e acreditaram nos benefícios da minha pesquisa;

E finalmente, a todos os que, de alguma forma, participaram e contribuíram para o sucesso deste trabalho.

*“Iluminar para sempre.
Iluminar tudo.
Até os últimos dias da eternidade.
Iluminar e só.
Eis o meu lema e o do sol.”*

Vladimir Maiakóvski

RESUMO

Os cânceres ginecológicos apresentam elevada incidência na população feminina e a braquiterapia vem sendo largamente utilizada para o controle da doença. Apesar dos resultados terapêuticos favoráveis sobre o controle destes cânceres, a mulher enfrenta consequências sobre a saúde física e psicológica decorrentes da terapêutica. Ademais, a investigação e publicação de conhecimento de enfermagem nesta área de conhecimento são ainda incipientes. Portanto, este estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico e conhecer o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa de mulheres com câncer ginecológico submetidas à esta terapêutica. Assim, desenvolveu-se uma pesquisa narrativa com mulheres submetidas à braquiterapia ginecológica de alta taxa de dose, entre setembro de 2017 e julho de 2018, no Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas. Para coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, que investigaram dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à percepção dolorosa e o significado da braquiterapia. As comunicações foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin. O estudo seguiu os preceitos legais para desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. Foram incluídas no estudo 32 mulheres, das quais, 20 realizaram o procedimento sob anestesia por sedação e 12 realizaram o procedimento sem qualquer anestesia. Com relação aos dados sociodemográficos, as mulheres tinham média de idade de 51 anos, eram em sua maioria católicas (75%), com ensino fundamental 1 completo (31,25%), casadas (53,12%), procedentes da Grande Florianópolis (31,25%) e Região Norte (31,25%), com diagnóstico de câncer de colo do útero (84,37%). Da análise de conteúdo das comunicações emergiram cinco categorias temáticas, a saber: Desconhecimento sobre a Braquiterapia, Razões para o tratamento, Conforto prejudicado, Atendimento da equipe profissional e Percepção dolorosa frente à braquiterapia. Nesta última categoria a dor esteve presente em pelo menos uma das etapas do tratamento para a maioria das mulheres (28). Destas, destaca-se a dor sentida durante a inserção (5-10) e retirada (3-10) dos instrumentais cirúrgicos. A partir dos significados revelados foi possível obter informações que subsidiam melhores avaliações do processo de trabalho, em seus aspectos técnico, de humanização e de educação em saúde para o autocuidado, uma vez que todas as mulheres devem ser preparadas para o autocuidado durante e após a braquiterapia, dada a necessidade de prevenção de efeitos imediatos e tardios da terapêutica. Os resultados deste estudo mostram a necessidade de reavaliação acerca do controle da dor durante a braquiterapia e a demanda pela presença de profissionais junto à mulher nas etapas da terapêutica com a intenção de reduzir os efeitos psicoemocionais e físicos da terapia.

Palavras-chave: Braquiterapia. Enfermagem. Neoplasias dos Genitais Femininos. Impacto psicossocial. Dor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BATD – Braquiterapia de Alta Taxa de Dose

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EEN – Escala de Estimativa Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

EVV – Escala de Categorias Verbais ou Visuais

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV – Papiloma Vírus Humano

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

INCA – Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	14
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	15
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 CÂNCERES GINECOLÓGICOS	18
3.1.1 Câncer de colo uterino	18
3.1.2 Câncer de corpo uterino.....	21
3.1.3 Câncer de ovário.....	23
3.1.4 Câncer de tuba uterina	24
3.1.5 Câncer de vagina	24
3.1.6 Câncer de vulva	25
3.2 BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE	26
3.3 IMPACTO DA BRAQUITERAPIA	27
3.4 PERCEPÇÃO DOLOROSA	30
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.4 COLETA DOS DADOS.....	35
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	37
4.6 CUIDADOS ÉTICOS	38
5 RESULTADOS.....	40
5.1 MANUSCRITO 1: O SIGNIFICADO DA (DES)INFORMAÇÃO, DO ATENDIMENTO E O PERFIL DE MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO	

SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA.	41
5.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÃO DOLOROSA E O SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	87
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	90
ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA.....	92
ANEXO B – PARECER COSUBSTANCIADO	93

1 INTRODUÇÃO

O câncer configura um importante problema de saúde pública, com epidemiologia expressiva e crescentes e drásticas consequências para a saúde das populações. O conceito mais difundido no que se refere às neoplasias, descreve as mesmas como “proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro”. Estas neoplasias, por sua vez, dividem-se em três categorias: benignas, limítrofes ou malignas (INCA, 2017; KUMAR, 2013).

As neoplasias malignas, também chamadas de cânceres, caracterizam-se pela ausência de cápsula, rapidez e desorganização de crescimento, capacidade de infiltração nos tecidos sadios, alto índice de duplicação celular, de morfologia muito diferente à das células sadias do tecido e capacidade de gerar metástases à distância, sem dependência com o foco primário (INCA, 2017).

De acordo com estimativas da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), no ano de 2018 ocorrerão mais de 18 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo e cerca de 9,5 milhões de mortes ocorrerão neste ano em decorrência da doença. Com relação à população feminina, estima-se que, em 2018, ocorram mais de 8,6 milhões de casos de câncer (IARC, 2018).

No Brasil, estima-se que ocorram, no biênio 2018/2019, aproximadamente 414 mil novos casos de câncer, excetuando os de pele não melanoma. Em Santa Catarina, estima-se que ocorram cerca de 18 mil novos casos de câncer em 2018, destes, 1200 casos na capital, Florianópolis. Nacionalmente, entre as mulheres, a maior incidência está nos cânceres de mama, cólon e reto e colo do útero (INCA, 2017).

A depender da parte do organismo que atingem, dos tecidos de que se originam, de seus subtipos e de outras particularidades, os cânceres podem apresentar características muito específicas. Os cânceres que acometem a região ginecológica são os cânceres de colo uterino, de corpo uterino, de ovário, tuba uterina, vagina e vulva, sendo que estas neoplasias apresentam importantes variações entre si, de acordo com a estrutura ginecológica que acometem, mas também de acordo com particularidades relacionadas aos tecidos e estruturas de que derivam (VIEIRA *et al.*, 2012).

Apesar de algumas literaturas incluírem o câncer de mama nos que são nomeados cânceres ginecológicos, para efeitos deste estudo, adotar-se-á somente os cânceres relacionados ao aparelho reprodutor feminino, nos órgãos e estruturas já descritos

anteriormente.

Um dos mais significativos destes cânceres, dada a sua ampla incidência, é o câncer do colo do útero, que é o quarto tipo de câncer de maior incidência mundial na população feminina, com estimativa de 569.000 novos casos no ano de 2018. No Brasil, ele ocupa a terceira posição entre as neoplasias mais incidentes e, estima-se que ocorram cerca de 16 mil novos casos para cada ano do biênio 2018-2019, o que representa um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Estima-se ainda que cerca de 500 destes casos ocorram no estado de Santa Catarina (INCA, 2017; IARC, 2018).

A ocorrência deste tipo de câncer está intimamente relacionada à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) principalmente pelos sorotipos 16 e 18, que somados são responsáveis por aproximadamente 70% dos cânceres cervicais (HOFFMAN, 2014).

As estratégias diagnósticas, de estadiamento e tratamento de escolha para cada tipo de câncer variam de acordo com suas características, entretanto, dentre os métodos terapêuticos mais utilizados para o tratamento dos cânceres ginecológicos, de forma geral, destaca-se a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Essas terapêuticas podem ser usadas isoladamente ou em esquemas de tratamento que garantam maior eficácia e menor risco de recidiva para as mulheres (HOFFMAN, 2014).

Os procedimentos cirúrgicos podem incluir a remoção do tumor, da estrutura acometida ou de uma parcela maior dos órgãos que compõem o sistema reprodutor feminino, como histerectomias, vulvectomias e outros. Os procedimentos cirúrgicos podem ser utilizados também como estratégia para o diagnóstico ou estadiamento das lesões, quando exames de imagem, laboratoriais ou outras modalidades não são suficientemente fidedignos neste aspecto (HOFFMAN, 2014).

A quimioterapia é o procedimento de administração de compostos químicos que objetivam tratar uma série de doenças ocasionadas por agentes biológicos. No contexto do câncer a quimioterapia é chamada antineoplásica ou antitumoral e pode ser realizada a partir da administração de um ou mais compostos e, quando associada, objetiva atingir diferentes populações celulares nos mais diferentes estágios celulares (INCA, 2018).

A escolha por protocolos para cada tipo de tratamento varia de acordo com diversos fatores e, apesar do importante efeito sobre as células neoplásicas, a ação dos quimioterápicos não é específica, atingindo também as células saudáveis, principalmente aquelas que apresentam constante renovação, como a medula óssea, os pelos, epitélio de revestimento e tecido germinativo. Por esta razão, são definidos ciclos periódicos específicos, para cada tipo de quimioterápico, de forma a proteger as células saudáveis,

garantindo ainda sua ação sobre as células tumorais (INCA, 2018).

A radioterapia, por sua vez, apresenta-se como uma importante ferramenta no tratamento oncológico. Podendo ser utilizada isolada ou combinada a outras terapêuticas, esta terapia pode ocorrer essencialmente de duas formas: por feixe de radiação (teleterapia) ou por inserção de fontes de radionuclídeos no interior de cavidades corporais (braquiterapia). (INCA, 2018).

As partículas utilizadas no tratamento são produzidas por aceleradores lineares ou outros geradores de alta energia. Os radionuclídeos, ou radioisótopos, são substâncias que sofrem decaimento nuclear e, durante esse fenômeno, emitem partículas carregadas positiva ou negativamente e raios gama. Cada radionuclídeo apresenta características químicas e biológicas bastante específicas. A energia transferida pela radiação emitida para os tecidos tumorais é responsável por ocasionar neles lesão tecidual por meio de diferentes mecanismos de ação (HOFFMAN, 2014).

No tratamento dos cânceres ginecológicos, é comum o uso da teleterapia associada à quimioterapia e posteriormente, a administração da braquiterapia, uma modalidade de radioterapia em que a radiação ionizante é administrada, por meio de fontes radioativas seladas, à pequena distância dos volumes-alvo tumorais, normalmente no interior de cavidades. Esta terapêutica foi introduzida no Brasil em 1990 e, desde então passa por significativa evolução em seu método de funcionamento e planejamento. Dentre as modalidades de braquiterapia, a Braquiterapia de Alta Taxa de Dose - BATD desperta importante interesse no contexto médico, uma vez que pode ser realizada em ambiente ambulatorial, diminuindo custos e complexidade e tornando-a cada vez mais acessível aos pacientes que dela necessitem (ESTEVES; OLIVEIRA; FEIJÓ, 2004; HOFFMAN, 2014). Neste estudo o foco da investigação é a população feminina submetida à terapêutica braquiterápica.

O Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, cenário deste estudo, situado no município de Florianópolis, capital de Santa Catarina, é pioneiro na realização de braquiterapia no Estado, implantada em 2006, tendo sido a única instituição de Santa Catarina a ofertar o serviço entre os anos de 2006 e 2016. Neste hospital a braquiterapia é realizada utilizando-se o aparelho Gammamed Plus™ de Braquiterapia, da empresa Varian Medical Systems, Inc., que conta com uma fonte de Irídio-192 com atividade de 10 Ci, o que possibilita a realização de tratamento braquiterápico em poucos minutos (CEPON, 2018).

Nesta instituição, o sistema é robotizado e operado de maneira remota, sendo

iniciado somente após a adequada inserção dos aplicadores pelo médico radioterapeuta e a elaboração do plano terapêutico pelo físico médico responsável, de maneira a garantir maior detalhe e critério no planejamento, maior segurança à paciente e aos profissionais envolvidos na assistência (CEPON, 2018).

Apesar dos importantes benefícios da braquiterapia para o tratamento dos cânceres ginecológicos, é importante considerar também os efeitos negativos desta terapêutica sobre a saúde física e emocional das mulheres. Há uma série de efeitos colaterais que podem decorrer do tratamento braquiterápico, a maior parte deles relacionados a tecidos em contato próximo ao tumor, que apesar de uma dose reduzida e controlada, são também afetados pela radiação emitida, como bexiga, reto, paredes vaginais, dentre outros. O principal efeito tardio da braquiterapia é a estenose vaginal, que ocasiona medo entre as mulheres submetidas a essa terapêutica e permeia aspectos da saúde física e emocional, da sexualidade e autoimagem (SALGADO, 2012).

Além dos efeitos colaterais que podem surgir após o procedimento radioterápico, existem também os traumas físicos e emocionais que podem ser ocasionados pelo diagnóstico de câncer e o estigma relacionado a essa doença tão temida, pelo próprio procedimento, como a dor, o desconforto com o posicionamento na mesa ginecológica, além de sentimentos como medo, vergonha e solidão, que podem tornar o período de tratamento muito mais traumático para a mulher (SALGADO, 2012).

Desta forma, torna-se importante que o cuidado de saúde prestado à mulher com câncer submetida à braquiterapia não se restrinja ao que tange a própria terapêutica e aos cuidados físicos com a paciente, mas englobe um cuidado holístico, com vista aos cuidados para a saúde física, mas também para promover o fornecimento de informações adequadas, o suporte emocional e a satisfação das necessidades básicas da mulher.

Neste contexto é que o atendimento de enfermagem se faz importante, com cuidados de enfermagem baseados em um adequado processo de avaliação clínica, identificação de problemas, escuta qualificada e no desenvolvimento de ações de cuidado integral e baseado em evidências (ARAÚJO; ROSAS, 2008).

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Tendo em vista a necessidade de estudos no que tange ao cuidado da mulher em braquiterapia ginecológica e a necessidade de compreender, a partir dos relatos das mulheres, os significados do procedimento, como estratégia para um adequado

planejamento do cuidado de saúde, estabeleceu-se a seguinte pergunta de pesquisa para este estudo: qual o perfil sociodemográfico, o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa de mulheres com câncer ginecológico submetidas ao procedimento?

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A notada incipiência de publicações relacionadas à essa temática, por si só, constitui-se uma importante razão para a busca de conhecimentos nesta área. Em investigação realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, no mês de agosto de 2017 utilizando-se os Descritores (DeCS) “Pain” AND “*Brachytherapy*” AND “*Radiotherapy*” AND “*Uterine Cervical Neoplasms*”, foram obtidos 41 resultados, dos quais somente 13 possuíam texto completo disponível. Destes, após leitura de títulos e resumos, somente dez mostraram-se tratar diretamente da dor em pacientes submetidas à braquiterapia e a métodos anestésicos, sendo mais da metade com data de publicação anterior aos últimos cinco anos.

Conhecer a percepção dolorosa das mulheres durante o processo de tratamento de braquiterapia pode auxiliar no desenvolvimento da prática clínica e tornar-se para a mulher, uma possibilidade de obter maior conforto, melhora na sua capacidade de desempenhar suas funções cotidianas e menor impacto sobre sua saúde física e principalmente psicológica, uma vez que a presença de dor em pacientes com câncer pode acarretar em prejuízos na mobilidade, na imunidade, redução da força, do apetite, do sono, acarretando quadros de depressão e ansiedade (WIERMANN *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao significado da braquiterapia para as mulheres, como já descrito, o procedimento e seus desdobramentos podem acarretar alterações físicas e psicoemocionais indesejadas, levando a um processo de tratamento traumático para a mulher. Para minimizar estas possibilidades, faz-se importante conhecer as vivências das protagonistas deste processo terapêutico, compreendendo a partir de seus olhares de que forma a braquiterapia impacta em seu cotidiano.

Outra justificativa para o desenvolvimento deste estudo abrange a própria Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE), pela qual, segundo o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2009) deve ser organizada a atuação do profissional de enfermagem, institui como a última de suas cinco etapas a Avaliação ou Evolução, que consiste no acompanhamento das respostas do indivíduo aos cuidados prescritos e que pode se dar, dentre outras maneiras, por meio do relato do cliente (TANNURE;

GONÇALVES, 2011).

Outrossim, para avaliar o processo de trabalho de Enfermagem é preciso ouvir e compreender os relatos dos sujeitos a quem o cuidado de enfermagem é prestado. Esta ferramenta é importante não somente na avaliação das ações já decorridas, mas serve como um importante método diagnóstico de eventuais problemas que demandam intervenção futura.

Por fim, considera-se que o aprendizado e a qualificação dos profissionais de enfermagem e de outras profissões que prestam assistência a essas mulheres deve vir de encontro às demandas do conhecimento em Oncologia, observadas a partir da análise das publicações e dos novos métodos terapêuticos disponíveis, mas também das necessidades relatadas, dos efeitos indesejados observados e do impacto da terapêutica na saúde das mulheres (CRUZ; ROSSATO, 2015).

Tão importante quanto realizar um tratamento de qualidade, com equipamentos de primeira linha e as mais avançadas técnicas desenvolvidas, é realizar assistência humanizada, um cuidado próximo às mulheres, que faça com que as mesmas sintam-se amparadas e acolhidas num momento de tamanha fragilidade física, emocional, social e espiritual (CRUZ; ROSSATO, 2015).

2 OBJETIVOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia.

Conhecer o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa de mulheres com câncer ginecológico submetidas à esta terapêutica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi realizada pelo método de revisão narrativa, que apresenta o estado da arte de um assunto específico, constituindo-se pela análise da literatura a partir da interpretação e análise crítica do pesquisador, sem seguir um método pré-determinado. A seleção das publicações a serem incluídas no estudo foi realizada pelo investigador, de acordo com seu interesse ou de acordo com o acesso às publicações. Este tipo de estudo é indicado quando se deseja defender um ponto de vista ou para abordar diferentes pontos de vista. Portanto, não podem ser reproduzidas por outros investigadores e o resultado consiste no ponto de vista do autor (PRADO; BULNES; PENÃ, 2013).

Os conteúdos deste capítulo abrangem: os cânceres ginecológicos, no qual estão os cânceres de colo uterino, corpo uterino, ovário, tuba uterina, vagina e vulva. Além disso abrange também a Braquiterapia de Alta Taxa de Dose – BATD, o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa.

3.1 CÂNCERES GINECOLÓGICOS

Os cânceres ginecológicos afetam as mulheres de diferentes formas, de acordo com a parte do organismo que atingem e possuem características muito específicas.

3.1.1 Câncer de colo uterino

O câncer de colo do útero, além dos prejuízos que acarreta à vida das mulheres acometidas e seus familiares, nas mais diversas dimensões do seu processo de viver, é considerado um importante problema de saúde pública, dadas as consequências para a saúde feminina e sua intrínseca ligação com a infecção pelo Papiloma Vírus Humano. Também chamado de câncer cervical, esta neoplasia se inicia no tecido de revestimento desta região uterina, desenvolvendo-se lentamente na maior parte dos casos (KUMAR *et al.*, 2010).

De acordo com a *Internacional Agency for Research on Câncer – IARC* (2018), o câncer de colo uterino é o quarto tipo de neoplasia maligna de maior incidência mundial na população feminina, com estimativa de aproximadamente 569.000 novos casos no ano de 2018. No Brasil, para cada ano do biênio 2018-2019 são estimados mais de 16 mil

novos casos, e uma incidência de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. Em Santa Catarina e em Florianópolis, por sua vez, as incidências estimadas para 2018 são de, respectivamente, 11,42 e 9,75 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2017).

Excetuando os cânceres de pele do tipo não melanoma, o câncer de colo de útero é o primeiro tipo de câncer mais incidente entre a população feminina na região Norte do país. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, esta neoplasia ocupa a segunda posição mais frequente entre as mulheres e, nas regiões Sul e Sudeste, é o quarto tipo de câncer mais prevalente nesta população (INCA, 2017).

A ocorrência deste tipo de câncer está intimamente relacionada à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). A taxa de prevalência de HPV em pacientes com neoplasia cervical é de aproximadamente 99,7% e observa-se maior incidência dos vírus HPV 16 e 18 (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

São diversos os fatores de risco que podem ser relacionados ao surgimento deste tipo de câncer e incluem: Multiplicidade de parceiros sexuais, parceiro do sexo masculino com múltiplas parceiras sexuais prévias ou atuais, coitarca precoce, número elevado de gestações e partos, infecções persistentes por subtipos de alta oncogenicidade do vírus HPV, déficits imunológicos, uso de contraceptivos orais, tabagismo, relações sexuais desprotegidas, além de baixa higiene genital, principalmente apontados pela maior probabilidade de infecção pelo HPV (VIEIRA *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2010).

Esta importante associação entre a infecção pelo vírus HPV e a incidência do câncer de colo uterino se dá devido ao tropismo apresentado pelo vírus para células escamosas imaturas da zona de transformação no colo uterino. A maior parte destas infecções é transitória e regride espontaneamente, entretanto, algumas delas persistem e progridem para um quadro de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que é uma lesão precursora do desenvolvimento de carcinomas invasivos de colo uterino. É importante salientar que, apesar da grande associação com o câncer de colo uterino, por si só, o HPV não é suficiente para conduzir o processo neoplásico. Muitos fatores contribuem para a progressão das displasias de colo uterino, como alterações no estado imune e hormonal, co-infecção com outros agentes sexualmente transmissíveis e mutações genéticas (KUMAR *et al.*, 2010).

Os cânceres de colo uterino são estadiados de acordo com a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO em estágios que variam entre Estágio 0 a Estágio IVb, com um total de 17 estágios distintos (VIEIRA *et al.*, 2012).

O subtipo de câncer de colo uterino mais comum é o carcinoma de células

escamosas, correspondendo à aproximadamente 80% dos casos. Procedendo este carcinoma está o adenocarcinoma cervical, responsável por outros 15% dos casos de câncer de colo uterino. Outros subtipos deste tipo de câncer, ainda que menos prevalentes, são os carcinomas adenoescamosos e neuroendócrinos. Estes últimos subtipos apresentam prognóstico menos favorável, uma vez que, devido à dificuldade em sua detecção no exame de Papanicolaou, são mais frequentemente diagnosticados em fases avançadas de desenvolvimento. A idade em que a incidência dos cânceres de colo uterino atinge seu pico ocorre por volta dos 45 anos (KUMAR *et al.*, 2010).

O exame de Papanicolaou, ou exame preventivo do câncer de colo uterino, é o principal meio para uma detecção precoce das displasias ou mesmo dos carcinomas, permitindo uma boa evolução e aumentando as chances de cura das lesões pré-neoplásicas ou do tumor detectado precocemente. Este exame constitui-se no Brasil como estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde, sendo prioritário para mulheres de 25 a 59 anos de idade, com periodicidade anual, sendo que depois de dois anos consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia pode ser realizado após três anos (INCA, 2016; BRASIL, 2013).

Para realização do Papanicolaou, por sua vez, o Ministério da Saúde recomenda que a mulher não faça uso de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares na avaliação microscópica, podendo ocasionar em uma amostra insuficiente. A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nesse mesmo período. A recomendação quanto à abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois, na prática, a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica. Além dessas recomendações, o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença do sangue pode prejudicar o diagnóstico, tanto citopatológico quanto de observação. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação (BRASIL, 2013).

Apesar da importância da realização do exame de Papanicolaou, é importante considerar a sensibilidade, especificidade e acurácia deste teste. Estudo realizado por Rosa, Seibert e Silva (2016) em um laboratório de análises de patologia cervical da região Sul do Brasil mostra que a sensibilidade, especificidade e acurácia foram melhores na colposcopia do que no exame de Papanicolaou.

Neste último, a sensibilidade foi de 54,0%, a especificidade foi de 91,0% e a acurácia de 80,9%. Destaca-se que a sensibilidade é a capacidade do teste em detectar os

indivíduos verdadeiramente positivos, a especificada refere-se à capacidade de identificar os verdadeiros negativos, enquanto que a acurácia é o grau em que o teste é capaz de demonstrar a verdade do cenário em questão (ROSA; SEIBERT; SILVA, 2016).

Portanto, observa-se neste estudo um problema no que se referem aos falsos negativos na realização do Papanicolaou, ou seja, indivíduos que possuem lesões detectáveis, mas que apresentam resultados negativos durante a realização do exame.

Outros tipos de técnicas podem ser empregues para o diagnóstico do HPV, dentre as quais está a captura híbrida de segunda geração, teste de detecção de genoma viral por meio de métodos moleculares mais utilizado atualmente, que é capaz de detectar a presença de 18 tipos de HPV, dividindo-os em dois grupos distintos, sendo A para HPVs de baixo risco e B para HPVs de intermediário e alto risco. Apesar de sua satisfatória acurácia, este tipo de exame apresenta maior custo e, por isso, ainda se encontra em estudo como técnica de rastreio populacional do câncer de colo uterino (MACHADO, 2017).

Atualmente, a prevenção do câncer de colo de útero também inclui o uso de vacina contra o vírus HPV. O Ministério da Saúde, em 2014, implementou a vacina tetravalente contra o HPV, para meninas de 9 a 13 anos de idade. Esta vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, sendo que o 16 e 18 são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero. O HPV 16 é responsável, sozinho, por aproximadamente 60% dos casos deste câncer, enquanto o HPV 18 acarreta outros 10% (INCA, 2016; KUMAR *et al.*, 2010).

O tratamento desta neoplasia já foi apresentado na introdução deste estudo.

3.1.2 Câncer de corpo uterino

Dentre os cânceres de corpo uterino, destaca-se o de endométrio, que ocupa, nos países desenvolvidos, o primeiro lugar entre as diversas localizações do aparelho genital feminino. No Brasil ele ocupa a quarta posição entre os cânceres de localização genital (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2016).

Os cânceres de endométrio são originários da própria mucosa endometrial e divide-se em sarcomas uterinos e carcinomas de endométrio. Os sarcomas uterinos podem começar no estroma, tecido conjuntivo de suporte, e nas células musculares do útero. Estes são menos comuns que o carcinoma endometrial e também incluem os sarcomas estromais e leiomiossarcomas (HOFFMAN *et al.*, 2014).

O outro tipo são os adenocarcinomas do endométrio, que são iniciados nas células

de revestimento uterino. Este tipo de câncer é subdividido em tipo I e tipo II. O tipo I representa aproximadamente 75% dos casos. São cânceres estrogênio-dependentes, de baixo-grau e tem por origem hiperplasias endometriais atípicas. Já o tipo II, geralmente não apresenta lesão precursora e é um tipo de câncer com quadro clínico de maior agressividade (KUMAR *et al.*, 2010; HOFFMAN *et al.*, 2014).

O sintoma principal deste tipo de câncer é o sangramento uterino anormal, que ocorre em aproximadamente 95% dos casos, sendo que cerca de 5% a 20% das mulheres pós-menopausa, com sangramento uterino, apresentarão neoplasia de endométrio. Em mulheres não menopausadas, um sinal de alerta para a existência desse câncer e que demanda a atenção dos profissionais de saúde é a história de menstruação prolongada, ou de repetidos escapes intermenstruais. Em estágios mais avançados da doença pode ser observada dor e distensão abdominal, sugestiva de aumento uterino ou de disseminação para outros órgãos ou estruturas da cavidade abdominal (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Diferente do câncer de colo uterino, a realização do exame de Papanicolaou pode não ser a maneira mais eficiente de diagnóstico, uma vez que detecta dentre 30 a 50% dos casos somente. Dentre alguns autores, a realização da ultrassonografia transvaginal e de teste de progesterona em pacientes que apresentem sangramento uterino anormal, é considerada uma boa técnica de triagem, sendo utilizados posteriormente outros métodos de detecção associados para diagnóstico complementar nos casos em que apresentar-se alguma suspeita (VIEIRA *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2014).

O estadiamento deste tipo de câncer de acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO é prioritariamente cirúrgico e é dado a partir da observação de diversos parâmetros e características encontrados no ato cirúrgico e no exame posterior dos achados. A classificação varia de IA a IVb, num total de dez estágios. A sobrevida em cinco anos no estágio IA é de 90% enquanto a no estágio IVb é de somente 7,2% (VIEIRA *et al.*, 2012).

São diversas as estratégias terapêuticas de acordo com as características de cada tumor e das mulheres acometidas. A histerectomia, associada ou não a salpingo-ooforectomia bilateral, a quimioterapia, a radioterapia como alternativa primária ou coadjuvante e as terapias hormonais são algumas das estratégias possíveis a serem utilizadas, isoladamente ou em conjunto para melhor eficácia e segurança contra recidivas (HOFFMAN *et al.*, 2014).

3.1.3 Câncer de ovário

Outro tipo bastante importante e incidente entre os cânceres ginecológicos, correspondendo a 25% do total destes, é o câncer de ovário, que possui incidência de mais de 6 mil novos casos anualmente em todo o país. Este tipo de câncer tem maior prevalência sobre a população idosa, com metade dos casos ocorrendo em mulheres com idade superior a 65 anos (INCA, 2017).

São muitos os fatores de risco associados ao câncer de ovário, dentre os quais estão características genéticas, ambientais e reprodutivas. Das mais significativas delas está a história familiar em parentes de primeiro grau, sendo observada predisposição genética em 5 a 10% das pacientes. Outros fatores de risco são a nuliparidade, menarca precoce e menopausa tardia, antecedentes pessoais de câncer de mama, dentre outros (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Dos cânceres de ovário, aproximadamente 85% dos casos são de neoplasias epiteliais, diagnosticados já em estágio III ou IV em 70% dos casos, que apresentam sobrevida em 5 anos inferior a 10% na maior parte dos casos, sendo este o tipo de câncer ginecológico com pior prognóstico. Este tipo de câncer costuma apresentar sintomas bastante inespecíficos, o que dificulta no diagnóstico precoce desta doença. Dentre os sintomas apresentados, os mais comuns são aumento do tamanho do abdome, urgência urinária, dor pélvica, fadiga, indigestão, constipação e dor lombar (VIEIRA *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2014).

Dentre os achados mais comuns durante o exame físico está a presença de massa pélvica, ou pélvico-abdominal à palpação. A associação da presença destas massas à ascite é um sinal fortemente sugestivo para a presença do câncer. Além dos métodos de anamnese e exame físico, exames como a ultrassonografia abdominal ou transvaginal, a radiografia, a tomografia computadorizada e exames para detecção de marcadores como o CA-125 podem ser utilizados como métodos complementares de diagnóstico (VIEIRA *et al.*, 2012).

Os métodos de estadiamento das neoplasias malignas de ovário são prioritariamente cirúrgicos e dividem-se de forma a refletir os aspectos de disseminação do câncer ovariano. Este estadiamento torna-se extremamente importante, tendo vista que é utilizado para basear as estratégias terapêuticas posteriores, que podem utilizar associações ou formas isoladas, a levar em conta o estadiamento de cada neoplasia, de abordagens cirúrgicas, quimioterapias e radioterapias (HOFFMAN *et al.*, 2014).

3.1.4 Câncer de tuba uterina

Outro tipo de câncer ginecológico é o da tuba uterina, o menos frequente dentre estes cânceres. Ocorre principalmente em mulheres na faixa etária dos 50 aos 70 anos, apresentando como fatores de risco a nuliparidade e processos infecciosos locais (VIEIRA *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2014).

Cerca de metade das pacientes são diagnosticadas com este câncer quando o mesmo ainda se encontra no estágio I, mas, apesar disso, este tipo de neoplasia apresenta grande agressividade e sua taxa de sobrevivência em cinco anos não costuma transpor 55% (VIEIRA *et al.*, 2012).

O adenocarcinoma primário das tubas uterinas é caracterizado como uma massa tubária, com envolvimento da luz e da mucosa. Os sintomas mais comuns são a presença de sangramento uterino, dor pélvica e leucorreia. Em algumas situações é possível observar massa anexial palpável na região pélvica (VIEIRA *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2014).

O principal método diagnóstico e de estadiamento é a laparotomia com posterior estudo anatomopatológico, que permite a melhor distinção entre este tipo de câncer e neoplasias ovarianas ou endometrióides. Os mesmos protocolos de estadiamento utilizados no manejo do câncer de ovário são utilizados nesta situação, sendo que as ferramentas terapêuticas incluem a cirurgia, quimioterapia e radioterapia (VIEIRA *et al.*, 2012; KUMAR *et al.*, 2010).

3.1.5 Câncer de vagina

Outro tipo de câncer ginecológico é o câncer de vagina, um dos tipos de menor prevalência entre os cânceres ginecológicos. Assim como no câncer de colo uterino, no câncer de células escamosas vaginal, a infecção pelo HPV também está intimamente relacionada, sendo que os sorotipos 16 e 18 do vírus costumam estar presentes em mais da metade das mulheres diagnosticadas. Este tipo de câncer apresenta comumente sintomas como lesões ulceradas, com corrimento fétido sanguinolento, sangramento vaginal anormal, frequentemente associados a sintomas urinários e gastrointestinais (VIEIRA *et al.*, 2012; HOFFMAN *et al.*, 2014).

O diagnóstico inicial pode dar-se a partir da realização do exame da pelve, que

deve ser realizado em associação ao exame de Papanicolaou para o rastreamento do câncer de colo uterino. Durante a inserção do espécúlo toda a vagina deve ser inspecionada em busca de lesões macroscópicas ou outros achados incomuns. Na suspeita de alterações, o toque bimanual pode ser um importante aliado na detecção do tamanho do tumor. O exame de colpocitologia oncótica é o principal método diagnóstico (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Entre os exames de imagem o mais eficiente para delinear o tamanho e a extensão do tumor é a ressonância magnética, ainda que a tomografia computadorizada possa ser útil em muitas situações. Para estadiamento, são seis os estágios, que variam do O ao IVb e os tratamentos variam de acordo com o estadiamento apresentado. O prognóstico também varia por este critério e tem índices de cura que podem chegar a 85% no estágio I, mas que dificilmente alcançam os 50% no estágio IVb (VIEIRA *et al.*, 2012).

3.1.6 Câncer de vulva

Por fim, há também o câncer de vulva, considerado uma neoplasia rara, que corresponde a menos de 3% dos cânceres genitais femininos. Esta neoplasia acomete principalmente mulheres com idade entre 60 e 70 anos e, de maneira geral, a procura por auxílio médico se dá em estádios avançados (KUMAR *et al.*, 2010; VIEIRA *et al.*, 2012).

As principais manifestações são prurido crônico, presença de lesão ulcerada e de progressão lenta, sangramento e odor vulvar fétido, bem como dor e edema local, ardência e disúria. Estudos mostram que este tipo de câncer é mais frequente em mulheres de menor nível socioeconômico, o que gera a suposição de que está relacionado a fatores higiênicos ou dificuldade de acesso a cuidados médicos (KUMAR *et al.*, 2010).

A classificação proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO inclui 7 categorias, desde o estágio 0, ao estágio IVb. O prognóstico e a expectativa de sobrevida das pacientes variam expressivamente de acordo com as classificações do tumor, sendo que a sobrevida em cinco anos que é de cerca de 90% no primeiro estágio da doença, quando não há comprometimento linfonodal, pode decair para somente 25% nos casos de estadiamento mais avançado (VIEIRA *et al.*, 2012).

As terapêuticas utilizadas incluem a associação ou o uso individual de três tipos de terapêutica, a abordagem cirúrgica, a quimioterapia e a radioterapia. Com relação a radioterapia no câncer vulvar, é importante considerar que a pele que recobre a região é bastante sensível e apresenta complicações mesmo em doses inferiores à necessária para

um adequado efeito sob o tumor. Desta forma, na maior parte das situações, resguarda-se o uso da radioterapia para situações bastante específicas, como nas abordagens paliativas e em situações onde haja comprometimento linfonodal na região inguinal. (HOFFMAN *et al.*, 2014).

3.2 BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE

Uma das bases do tratamento oncológico é a radioterapia, que objetiva alcançar um índice terapêutico favorável, levando as células malignas a perderem sua clonogenicidade e, ao mesmo tempo, preservando os tecidos saudáveis. Esta terapêutica é considerada como uma das opções com maior eficiência no controle local e regional dos tumores (SILVA *et al.*, 2014; SALGADO, 2012).

Dentre os tipos de radioterapia, estão a teleterapia e a braquiterapia. A braquiterapia é um tratamento em que a fonte de radiação encontra-se em contato próximo ou com grande proximidade aos volumes-alvo tumorais. O próprio prefixo “braqui”, deriva do grego *Brachys* e significa “curta distância”. A proximidade da fonte de radiação com o tecido tumoral, tem como uma das vantagens possibilitar que a radiação atinja mais diretamente o tumor, de forma a minimizar o efeito sobre os tecidos adjacentes (SILVA *et al.*, 2014; BRASIL, 2013).

A braquiterapia permite que altas doses de radiação possam ser administradas em um curto intervalo de tempo num processo em que a fonte de radiação percorre aplicadores metálicos ou plásticos inseridos em cavidades do organismo e a dose da radiação é calculada utilizando sistemas 2D ou 3D. Este tipo de terapêutica pode ser dividido ainda em: intersticial, onde a fonte radioativa é implantada temporariamente em regiões intersticiais próximas ao tumor, como em alguns tumores de mama, vagina e cabeça e pescoço; intracavitária, onde a fonte é colocada em cavidades de estruturas anatômicas, como por exemplo, no câncer de útero e vagina; e metabólica, onde a fonte de radiação é administrada através de soluções ou capsulas, como ocorre nos tratamentos com Iodo 131 em cânceres de tireoide (SILVA *et al.*, 2014).

Como já descrito anteriormente, a forma de radiação pode ser calculada usando sistemas 2D ou 3D. No sistema 2D são realizadas radiografias ortogonais, anteriores e laterais, quando os aplicadores metálicos já estão em posição. As radiografias são então digitalizadas em um sistema de planejamento e nele são delimitados os trajetos dos aplicadores, por onde são transmitidas as fontes e os pontos de dose a serem calculados.

Comumente, este método é utilizado para tumores ginecológicos (SILVA *et al.*, 2014).

Já no sistema em 3D, são realizadas tomografias computadorizadas após a inserção dos cateteres, em posicionamento tal que seja possível calcular as doses emitidas de forma tridimensional e também as doses que serão emitidas aos órgãos adjacentes. Comumente, este método é utilizado na terapêutica para tumores de cabeça e pescoço e mama (SILVA *et al.*, 2014).

De forma geral, a tendência de evolução e pesquisas neste ramo, indica que com o passar do tempo, os planejamentos em 2D serão gradativamente substituídos pelo planejamento em 3D, por tomografias ou ressonâncias magnéticas pela já comprovada maior fidedignidade de resultados, melhor cobertura tumoral e menor toxicidade nos tecidos saudáveis devido à modernidade destas novas tecnologias de imagem (SILVA *et al.*, 2014).

3.3 IMPACTO DA BRAQUITERAPIA

Apesar dos constantes estudos e aprimoramento na área da braquiterapia e do planejamento para minimizar os efeitos da radiação sobre os tecidos saudáveis, ainda ocorrem frequentemente efeitos colaterais por conta disso. Os mais comuns são alterações gastrointestinais como diarreia, constipação, incontinência fecal e estenose retal, incontinência urinária, disúria, estenose vaginal, sangramentos vaginais, linfedema e, em casos mais graves, podem ocorrer aderências uterinas, intestinais e/ou vaginais que em casos mais raros dão origem às fístulas a médio prazo. Pode ocorrer também dor durante as relações sexuais e ressecamento das mucosas intestinais e vaginais, bem como levar à menopausa precoce por prejuízos aos ovários (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2014).

Dentre os efeitos adversos ocasionados pela braquiterapia, um dos principais é a estenose vaginal, ou seja, o encurtamento e estreitamento do canal vaginal. Ela traz efeitos à mucosa vaginal, aos tecidos conectivos e aos pequenos vasos sanguíneos, resultando no desnudamento do epitélio e na diminuição do aporte sanguíneo e, conseqüentemente, hipóxia e desenvolvimento de teleangiectasia (SILVA *et al.*, 2009).

A atrofia tecidual tardia ao tratamento com braquiterapia, de baixa ou alta dose, conduz à diminuição da espessura da mucosa vaginal, ausência de lubrificação, formação de aderências e fibroses, levando a uma perda da elasticidade vaginal. Essas alterações são intensificadas pela ausência ou diminuição da função ovariana induzida pela radioterapia, que pode provocar uma deficiência estrogênica. A combinação de todos

esses efeitos, em longo prazo, além de levar à disfunção sexual, pode dificultar os exames ginecológicos e clínicos de rotina, indispensáveis no seguimento dessas mulheres (SILVA *et al.*, 2009).

A estenose vaginal parece ser a causa biológica da disfunção sexual relacionada à radioterapia, pois o ressecamento e o estreitamento da luz vaginal trazem dor e sangramento durante o ato sexual para a mulher, conseqüentemente, causa diminuição da libido e do prazer. Além disso, afeta a resposta sexual, que compreende o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução (VIDAL *et al.*, 2013).

Todas essas séries de efeitos provocam sentimentos de incerteza, vergonha, alterações da imagem corporal e baixa autoestima para as mulheres atingidas. Afetam a qualidade da vida sexual após o tratamento, interferindo no aspecto social, relacionamentos afetivos e sexuais (VIDAL *et al.*, 2013).

Além disso, o próprio câncer é uma doença que ocasiona diversas mudanças no cotidiano daquele que recebe o seu diagnóstico e no de sua família e amigos. Ele pode gerar modificações emocionais, físicas, e sociais, além dos efeitos colaterais ocasionados pelo próprio tratamento. Estas mudanças ocorrem muitas vezes de maneira rápida e costumam ser difíceis de serem encaradas e manejadas.

De acordo com *Knight Cancer Institute* (2016), alguns pacientes com câncer consideram que o impacto da doença permeia inclusive os caminhos da espiritualidade, desde antes do início do tratamento, persistindo por anos após o mesmo. As pessoas são confrontadas com suas crenças e levadas muitas vezes a buscar na fé o equilíbrio necessário para enfrentar este momento de crise.

Outros impactos sentidos ainda, são na imagem corporal e autoestima, já que a doença muitas vezes afeta a aparência de forma rápida e incontrolável, o que pode acarretar em dificuldade em lidar com um “novo eu” e com os olhares e com o medo do julgamento de outras pessoas, na forma como elas estão sendo olhadas. A depressão costuma ser recorrente, além do medo da reincidência do câncer após o diagnóstico da cura (KNIGHT CANCER INSTITUTE, 2016).

Ainda a esse respeito, as pessoas com câncer ou com familiares e amigos afetados por ele, podem vivenciar diferentes maneiras de lidar com o mesmo. Muitas pessoas sentem que precisam ser fortes a fim de proteger seus amigos e familiares, outras buscam apoio e recorrem a familiares e entes queridos ou a outros sobreviventes do câncer, enquanto alguns procuram ajuda de profissionais de saúde ou mesmo recorrem a sua fé como forma de ajudá-los a sobreviver à doença (KNIGHT CANCER INSTITUTE, 2016).

Em um estudo realizado por Silva *et al.* (2013) sobre o significado do câncer na percepção dos pacientes, foram registrados depoimentos que demonstram que o período do diagnóstico confirmado de câncer pode ser muito traumático. Algumas mulheres relataram que, para elas, aos olhos da sociedade, o câncer é uma doença ameaçadora à vida, que o diagnóstico e o período de tratamento foi carregado de isolamento por consequência da vergonha e do medo do julgamento e da piedade da sociedade com relação ao diagnóstico.

O estudo também concluiu que a experiência da doença e do tratamento desencadeia no indivíduo, sentimentos e emoções até então desconhecidos. Que, em se tratando de câncer, observa-se uma importante discussão acerca do estigma percebido, mas também do sentido, de que o diagnóstico da doença vem invariavelmente atrelado à uma sentença de morte, o que potencializa o medo, a tristeza e o isolamento social (SILVA *et al.*, 2013).

Em relação aos relatos de mulheres submetidas à braquiterapia, trazidos nos estudos de Linard; Silva; Silva (2002), Almeida; Pereira; Oliveira (2008), Rosa; Sales (2008) e Rubini *et al.*, (2012), encontram-se em comum os relatos de descontrole emocional, angústia intensa frente ao desconhecido, sofrimento psíquico intenso devido à vivência da braquiterapia. As mulheres relatam também que é um procedimento agressivo e invasivo, que causa desconforto devido à posição ginecológica em que permanecem durante todo o procedimento, bem como relatos de submissão, vergonha, exposição da intimidade durante o procedimento e medo.

Há relatos de mulheres que se sentem desprotegidas psiquicamente, indefesas, expostas em sua dor e angústia e associação de vivências primitivas de prazer-desprazer na relação com o outro. Estiveram presentes também a falta de informações acerca do tratamento que são submetidas, bem como a expressão do desejo em conhecer mais sobre o seu tratamento, os aparelhos que são utilizados e os efeitos adversos. Outra percepção abordada e recorrente é a esperança de cura aliada à confiança de total recuperação com o tratamento e alívio do sofrimento associado à espiritualidade (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; ROSA; SALES, 2008; RUBINI *et al.*, 2012).

Um estudo nacional, realizado por Soares *et al.* (2016) relata justamente as vivências de mulheres submetidas à braquiterapia. De acordo com o estudo, no período que antecede a braquiterapia, os principais relatos são sobre o medo, as dúvidas e o desconhecimento sobre o tratamento. Muitas mulheres relatam não ter recebido a informação adequada sobre o procedimento, o que, segundo elas, ocasionava insegurança

e piorava sentimentos como angústia, ansiedade, tristeza e outros. Além disso, sem a adequada informação, as mulheres sentiam-se ainda mais vulneráveis aos relatos de mulheres que já haviam sido submetidas ao procedimento.

Este desconhecimento, ainda segundo o mesmo autor, é determinante para os sentimentos vivenciados imediatamente antes e durante a braquiterapia. Quando da falta de orientação sobre o procedimento, o medo e ansiedade tornam-se ainda maiores, o que dificulta o relaxamento muscular da mulher e pode tornar o tratamento e posicionamento para o procedimento muito desconfortáveis e dolorosos (SOARES *et al.* 2016).

Sentimentos como vergonha frente ao posicionamento e a exposição do próprio corpo também são amplamente relatados pelas mulheres que sentem seus corpos expostos e “medicalizados”, reduzidos à condição clínica do câncer e expostas à observação acadêmica a diversos profissionais. É descrito também que os traumas vivenciados na primeira sessão do procedimento são determinantes para o comportamento nas sessões subsequentes, o que se agrava de maneira ainda mais substancial se forem experimentados efeitos colaterais físicos da braquiterapia neste intervalo, como distúrbios vesico-gastro-intestinais, sangramentos e dor genital, e outros (SOARES *et al.* 2016).

3.4 PERCEPÇÃO DOLOROSA

De acordo com a definição da *International Association for the Study of Pain* (Associação Internacional para o Estudo da Dor, em tradução livre), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não somente um componente sensorial, mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (LOPES, 2003).

De forma geral, a dor é resultante da ativação dos neurônios aferentes primários específicos, ou nociceptores, ou de uma lesão ou disfunção ocasionada nestes receptores ou no sistema nervoso central. O tipo de dor que é ocasionada por uma estimulação excessiva dos nociceptores da pele, vísceras ou outros órgãos é chamado de dor nociceptiva. Aquela que é proveniente de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférica é denominada dor neuropática, também denominada dor central quando proveniente do sistema nervoso central (LOPES, 2003).

Além da dor ocasionada por terapêuticas, por lesões diretas relacionadas ao tumor, no paciente oncológico, a dor pode apresentar características bastante específicas. A dor no indivíduo com câncer pode resultar do próprio câncer (46-92% das vezes), pode ser

relacionado a este câncer (12-29%), ser decorrente do tratamento antitumoral (5-20%), ou de distúrbios concomitantes (8-22%) (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Há também o conceito da dor oncológica, tipo de dor intimamente relacionada às vivências particulares de indivíduos nesta condição. A dor oncológica pode apresentar-se de forma recorrente, de caráter frequente, de intensidade significativa, que normalmente manifesta-se em mais de um local, e costuma ser diária, ou mesmo contínua e durar várias horas por dia. Esta dor ocorre em pessoas que estão vivenciando desconfortos de ordem: física, psíquica, social e espiritual. Entre esses desconfortos são encontradas lesões cutâneas, odores desagradáveis, anorexia, falta de sono, fadiga, ansiedade, depressão, o sentir-se mutilado e desfigurado, o luto antecipatório, dificuldades econômicas, de acesso aos serviços de saúde e angústia espiritual, como o questionamento do significado da vida, do sofrimento e da existência de um ser superior. Desse conjunto de fatores podem resultar a piora da dor, a incapacidade e o sofrimento consideráveis (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

A dor oncológica pode ser descrita também pelos pacientes como dor total, de forma a enfatizar o caráter de que advém de múltiplos fatores e ocasiona significativo impacto em todos os domínios da vida, resultando em piora na qualidade da mesma. Esta denominação de dor total expressa o conceito de que, para o ser humano, é impossível interpretar somente o aspecto nociceptivo da dor. Neles, a dor gera um quadro que inclui fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais que estão enraizados de modo indissociável e influenciam na vivência e no modo de expressar a queixa (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

Nas mulheres submetidas à braquiterapia ginecológica a dor também permeia caminhos bastante específicos. Para muitas mulheres ela está intimamente associada à vergonha, ao pudor na exposição do corpo e até mesmo, à humilhação. A dor física é manifestada principalmente durante a inserção e remoção dos instrumentais utilizados no procedimento, que são inseridos no canal vaginal, mas também no período que sucede cada uma das sessões braquiterápicas (BARROS, 2007).

A dor pode acometer a coluna cervical, a região genital, mas também pode ser referida como cefaleia, ou dores no peito, como um reflexo da ansiedade, medo e tristeza sentidos em decorrência do diagnóstico e do tratamento. Os impactos da dor sentida, assim como nos demais pacientes oncológicos, perpassa questões físicas, emocionais, sociais e espirituais, causando cicatrizes e gerando traumas que podem permanecer durante longo tempo após o fim do tratamento (BARROS, 2007).

É comum que as mulheres submetidas à braquiterapia comparem a dor sentida durante o procedimento à dor do parto, não somente no que se refere a sua intensidade, mas sob a necessidade inerente de senti-la e superá-la como processo para alcançar um bem maior, neste caso, a cura (BARROS, 2007).

De maneira geral, a dor, seja ela aguda ou crônica, pode ocasionar nos indivíduos sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido; irritabilidade; alterações de energia; diminuição da capacidade de concentração, além de dificuldades em atividades familiares, profissionais e sociais (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Como a dor trata-se de um fenômeno multidimensional, para caracterizá-la, deve-se observar e avaliar a experiência dolorosa em suas várias dimensões: a neurofisiológica, que está ligada aos mecanismos de ativação dos receptores periféricos; a psicossocial, que exerce influência emocional positiva e/ou negativa sobre o indivíduo; a cultural, que trata das crenças, significados e comportamentos prévios a dor; a comportamental, pois estressores situacionais, de desenvolvimento profissional e pessoal podem exercer influência sobre o limiar da dor; e sensorial, relativas às características semiológicas da dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Por se tratar de uma experiência subjetiva, a mensuração da dor torna-se um processo complexo, visto que não pode ser precisamente determinada por um observador externo. A mensuração da dor é extremamente importante no ambiente clínico, já que é difícil lidar e planejar condutas sobre um fenômeno dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento ou a conduta terapêutica. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o prescrito é eficaz ou mesmo quando deve ser interrompido (SOUSA *et al.*, 2010).

Uma mensuração eficaz da dor, de acordo com Sousa *et al.* (2010), possibilita examinar a sua natureza, suas origens, seus correlatos clínicos em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente. Para tanto, existem algumas escalas que possibilitam a mensuração da dor e que se dividem em escalas unidimensionais e as multidimensionais.

As escalas unidimensionais permitem um meio simples para que o paciente possa referir sua dor, geralmente escalas numéricas ou que utilizam imagens. Entre as escalas unidimensionais se encontram a escala de estimativa numérica (EEN) onde os pacientes avaliam a sua dor em uma escala de 0 a 10; escalas de categorias verbais ou visuais (EVV) onde os pacientes estimam a intensidade da dor utilizando descritores verbais ou visuais, como por exemplo, os descritores visuais da escala facial de dor; e a escala visual

analógica (EVA), que consiste em uma linha, ou régua, de 10 cm, onde uma extremidade é marcada “nenhuma dor”, enquanto a outra indica “a pior dor possível”, ou frases análogas (NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, 2016).

Já as escalas multidimensionais fornecem ferramentas com informações importantes sobre as características da dor e efeitos sobre a vida do paciente. Algumas ferramentas podem ser projetadas para mensurar dor crônica, em geral, e outras podem ser específicas para síndromes particulares (NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, 2016).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa narrativa, que é definida como uma forma de entender as experiências vividas por pessoas, sendo que sua metodologia consiste na coleta de histórias sobre determinado tema onde o investigador encontrará informações para entender determinado fenômeno. Ela tem como uma de suas características fundantes a relação, que se expressam narrativamente na busca da construção de significados. As histórias podem ser obtidas por meio de vários métodos: entrevistas, diários, autobiografias, gravação de narrativas orais, narrativas escritas, e notas de campo (CLAUDINI; CONELLY, 2011). Neste estudo optou-se pela realização de entrevista semiestruturada.

Acrescenta-se que, as narrativas recapitulam as experiências pessoais que entraram para a biografia do falante por meio de uma sequência de orações que correspondem à ordem dos eventos originais (CLAUDINI; CONELLY, 2011) e que a pesquisa narrativa faz parte do universo das investigações qualitativas.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2010, p. 21).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, situado no bairro Itacorubi, município de Florianópolis, no estado de Santa Catarina. Este ambulatório é referência no estado para tratamento por braquiterapia pélvica por alta taxa de dose. A Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (BATD) foi inserida na prática ambulatorial deste hospital no ano de 2006 e, desde então, tem atendido mulheres residentes nas mais diversas partes do Estado, que apresentaram câncer ginecológico que demandava esta modalidade terapêutica.

Durante o ano de 2017, 234 mulheres realizaram tratamento de braquiterapia no CEPON. Destas, 176 realizaram o tratamento com anestesia por sedação e outras 58 realizaram o procedimento sem medicações anestésicas ou sedativas. A média de atendimentos mensal é de 15 mulheres realizando o procedimento com sedação e 5 mulheres sem sedação.

Durante dez anos, o CEPON foi a única instituição no estado de Santa Catarina que disponibilizava tratamento de braquiterapia ginecológica. No ano de 2016, o município de Blumenau iniciou a disponibilização de braquiterapia de alta taxa de dose, compartilhando com o CEPON o compromisso de atendimento à demanda envolvendo esta terapêutica.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída por mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico submetidas à BATD no CEPON, no período de coleta de dados deste estudo, que se deu entre os meses de setembro de 2017 e julho de 2018.

Estas mulheres subdividem-se em dois grupos distintos: mulheres não-histerectomizadas que realizam o tratamento de braquiterapia sob anestesia por sedação; e mulheres histerectomizadas que realizam o procedimento sem anestesia.

Como critério de exclusão estabeleceu-se a incapacidade ou dificuldade de comunicação das participantes.

O número de inclusões foi definido pela saturação dos dados, ou seja, ausência de elementos novos em cada agrupamento de informações, definida na análise dos dados, neste estudo direcionada pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada. As perguntas disparadoras da entrevista foram: “O que significa para você estar precisando fazer braquiterapia?”, “Que sentimentos ou desconfortos surgiram durante o tratamento?”. A princípio, para as primeiras 17 participantes, a entrevista foi aplicada em dois momentos: antes da primeira sessão de braquiterapia (quando foram coletados os dados de identificação da paciente e a presença de dor antes do início da braquiterapia) e antes da última sessão de braquiterapia. Para as últimas 15 participantes, a entrevista foi

realizada em momento único, antes da última sessão de braquiterapia, onde foram coletados todos os dados constantes no instrumento de pesquisa. A alteração no método de coleta foi apreciada pelos Comitês de Ética da UFSC e do CEPON e ocorreu com o intuito de agilizar a coleta dos dados, considerando a disponibilidade da pesquisadora principal deste estudo e o agendamento das sessões de braquiterapia, que sofriam constantemente reagendamentos, de acordo com as necessidades das participantes e/ou do serviço.

A coleta deu-se em ambiente reservado no cenário do estudo, definido pela Chefia de Enfermagem do Ambulatório de Radioterapia do CEPON e no intervalo de tempo que não interferiu no tempo de início da terapêutica programado pela equipe técnica.

O roteiro para coleta dos dados é apresentado no Apêndice A. Este instrumento investiga dados de identificação e sociodemográficos, (idade, grau de instrução, estado conjugal, procedência, escolaridade e religião), dados clínicos (Nomenclatura da neoplasia e estadiamento do câncer), prescrição medicamentosa para controle da dor, avaliação da dor sentida antes, durante e após a braquiterapia, além de perguntas abertas acerca do significado da dor e da braquiterapia.

Os dados referentes às perguntas fechadas foram coletados e anotados no próprio instrumento, enquanto as perguntas abertas foram gravadas em aplicativo de gravação de voz, com a autorização prévia das participantes.

Os dados clínicos e da prescrição medicamentosa para controle da dor foram coletados do prontuário e da prescrição médica, mediante autorização da participante do estudo. A coleta de dados nos prontuários ocorreu sob supervisão das enfermeiras do cenário do estudo, e limitou-se às variáveis estabelecidas para esta investigação. A coleta dos dados das prescrições médicas (medicamentos ou outras condutas para controle da dor) ocorreu durante o período de aplicação da braquiterapia.

A Escala Visual Analógica – EVA (Anexo A) serviu como ferramenta para a mensuração da dor pelas mulheres. Era previsto que, quando as mulheres não soubessem quantificar sua dor, seria questionado se a participante sentia dor entendida através das expressões: leve (0 a 2 pontos), moderada (3 a 7 pontos) e intensa (8 a 10 pontos). Neste caso, para registro da dor no instrumento de coleta adotar-se-ia a seguinte equivalência: dor leve = 1; dor moderada = 5 e dor intensa = 9. Entretanto, não se fez necessário fazer uso desta estratégia de compensação da escala.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os relatos coletados, provenientes das questões abertas do questionário de pesquisa foram posteriormente transcritos e registrados em arquivos construídos no Programa da *Microsoft Office Word*, versão 2016. Os dados oriundos das perguntas fechadas foram registrados em planilhas construídas no Programa da *Microsoft Office Excel*, versão 2016. Em seguida, todos os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

De acordo com Bardin (2016), o termo analisar significa a realização de uma série de técnicas de análise das comunicações, objetivando a obtenção, por meio de procedimentos sistemáticos descrição do conteúdo das mensagens, de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

As fases da análise de conteúdo, como método de inquérito sociológico ou experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos, sendo eles: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, no qual são realizadas a interferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Os resultados são codificados a partir de três etapas, sendo: a escolha das unidades, a enumeração e a escolha das categorias. A unidade de registro corresponde ao segmento considerado unidade de base para a categorização do conteúdo, enquanto a unidade de contexto refere-se à unidade do texto cujas dimensões são ideias para compreensão da significação da unidade de registro. A enumeração é também uma parte essencial da análise de conteúdo e pode ser realizada levando em conta a presença ou ausência de um elemento, a frequência simples ou ponderada, a intensidade e a direção de um elemento ou relato (BARDIN, 2016).

A pré-análise é a organização dos dados com o objetivo de torná-los operacionais e sistematizar as ideias iniciais de forma a ser capaz de conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento de operações sucessivas num plano de análise (BARDIN, 2016).

Já a exploração do material constitui-se na realização de operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas. É nesta etapa que se dá a categorização dos dados, que é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo analogia, o que dá origem às categorias de dados (BARDIN, 2016).

Por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação é a fase em que os

resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A inferência é a intenção da análise de conteúdo e permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2016).

4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as determinações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). Em todas as etapas do trabalho o sigilo das informações e o anonimato das participantes foi priorizado. Para a identificação das participantes, foi utilizada a codificação, MB, M de mulher, B de braquiterapia, seguida de um número arábico, conforme ordem sequencial das entrevistas. Os formulários e outros dados de entrevistas foram armazenados pela pesquisadora em local seguro e de acesso restrito.

Não eram esperados danos à saúde, mas era prevista a possibilidade que pudesse haver desconfortos emocionais frente aos questionamentos, lembranças não positivas, entre outros sentimentos e, caso esses riscos ocorressem, a pesquisadora principal do estudo suspenderia a entrevista, sendo que a mesma seria retomada somente mediante aprovação da participante do estudo e prestaria também os cuidados necessários para regressão dos desconfortos e/ou solicitaria atendimento da equipe de saúde associado as suas intervenções. Felizmente, não foi necessário que nenhuma destas medidas fossem tomadas e as entrevistas transcorreram sem maiores intercorrências.

Considerando-se que as participantes do estudo estavam inseridas numa unidade de saúde, este tipo de atendimento é facilitado. Os benefícios do estudo abrangeram a identificação da dor percebida pelas mulheres em braquiterapia, além de fornecer subsídios para as melhorias nas ações de enfermagem e da equipe de saúde que podem ser instituídas a partir dos resultados deste estudo.

A participação no estudo não implicou à mulher o recebimento de qualquer benefício financeiro ou de qualquer outra espécie, que não os benefícios já descritos anteriormente. Entretanto, em caso de prejuízo financeiro diretamente causado pela pesquisa e adequadamente comprovado, foi assegurado à participante o direito a ressarcimento ou indenização, fato que também não se fez necessário.

Foi aplicado no primeiro encontro com as pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice B) em duas vias de igual teor, sendo que uma delas foi entregue à paciente, devidamente preenchida e assinada pela pesquisadora. Ressalta-se que, mesmo os dados provenientes de prontuário eletrônico das participantes,

só foram coletados após a prévia assinatura do TCLE.

A pesquisa em questão é um recorte do macroprojeto intitulado Mulheres com Câncer Ginecológico e Braquiterapia: Produção de Conhecimento e de Tecnologias para o Cuidado, da Professora Doutora Luciana Martins da Rosa e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e do CEPON. A aprovação ética encontra-se registrada sob os CAAEs: UFSC - 61720216.1.0000.0121; CEPON - 61720216.1.3001.5355 e o Parecer Consubstanciado encontra-se disponível no Anexo B.

5 RESULTADOS

Foram incluídas 32 mulheres no estudo. Destas, 20 realizaram o procedimento com sedação e analgesia e 12 realizaram o mesmo sem sedação e analgesia. O critério utilizado para definição do número de participantes foi a seleção sequencial, por conveniência, ou seja, de acordo com os dias de altas da braquiterapia, e disponibilidade para coleta dos dados até constatada a saturação dos mesmos. Previa-se a exclusão do estudo mulheres com incapacidade ou dificuldade de comunicação, no entanto, todas as mulheres selecionadas foram incluídas no estudo.

Da análise das narrativas emergiram as categorias e subcategorias temáticas, apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas do estudo

Categorias temáticas	Subcategorias temáticas
Desconhecimento sobre a Braquiterapia	Direito à informação e decisão; Desconhecimento prévio do tratamento; Opiniões e relatos causadores de medo e ansiedade.
Razões para o tratamento	Crenças; Tratamento como cura; Motivações para o tratamento.
Conforto prejudicado	Medo do procedimento; Reações físicas e emocionais no procedimento; Efeitos colaterais.
Atendimento da equipe profissional	Considerações sobre a equipe e infraestrutura; Cuidados de enfermagem, orientações e adesão.
Percepção dolorosa frente à braquiterapia	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados provenientes da coleta de dados realizada neste estudo serão

apresentados a seguir sob a forma de manuscritos. Em decorrência do aporte dos dados obtidos, priorizando uma adequada análise e exposição dos mesmos, os resultados serão apresentados em dois manuscritos distintos. O primeiro deles, intitulado: O Significado da (Des)informação, do Atendimento e o Perfil de Mulheres com Câncer Ginecológico Submetidas à Braquiterapia, traz os dados de perfil sociodemográfico das mulheres, além das categorias “Desconhecimento sobre a Braquiterapia” e “Atendimento da equipe profissional”, enquanto o segundo manuscrito, intitulado: Percepção Dolorosa e o Significado da Braquiterapia para Mulheres com Câncer Ginecológico, apresenta as categorias “Percepção dolorosa frente à braquiterapia”, “Razões para o tratamento” e “Conforto prejudicado”.

5.1 MANUSCRITO 1: O SIGNIFICADO DA (DES)INFORMAÇÃO, DO ATENDIMENTO E O PERFIL DE MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA.

RESUMO: este trabalho objetivou conhecer o significado da braquiterapia e o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer ginecológico. Trata-se de pesquisa narrativa, de abordagem qualitativa, realizada com 32 mulheres, atendidas no Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil). A coleta de dados ocorreu por entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas. A maioria das mulheres era católica (75%), com estado civil casada (53,12%), média de idade de 51 anos, ensino fundamental 1 completo (31,25%), procedente da Grande Florianópolis (31,25%) e Região Norte (31,25%), com diagnóstico de câncer de colo do útero (84,37%). Da análise dos conteúdos emergiram cinco categorias temáticas, neste estudo apresentam-se duas destas categorias: desconhecimento sobre a braquiterapia e atendimento da equipe profissional e suas respectivas subcategorias que revelam o impacto do déficit de informações sobre a braquiterapia e os relatos de outras pessoas influenciando negativamente a representação sobre o tratamento, opostamente, a infraestrutura e o atendimento prestado pela equipe de saúde influenciam positivamente o significado investigado. Diante dos achados evidencia-se a importância do manejo adequado das informações sobre a braquiterapia, da educação em saúde e da promoção de ambiente acolhedor e confortável para a minimização dos efeitos físicos e emocionais ocasionados pela terapêutica.

Palavras-chave: Braquiterapia. Enfermagem. Neoplasias dos Genitais Femininos. Cuidados de enfermagem. Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

No ano de 2018, estima-se que ocorram mais de 18 milhões de novos casos de

câncer e que cerca de 9,5 milhões de pessoas morram em decorrência da doença em todo o mundo. Entre as mulheres, estima-se que ocorram neste mesmo ano 8,6 milhões de casos de câncer (IARC, 2018).

Os cânceres, a depender dos tecidos de que se originam ou da parte do organismo de que são provenientes, apresentam características bastante específicas. As neoplasias malignas que acometem primariamente a região ginecológica são os cânceres de colo uterino, de corpo uterino, de ovário, tuba uterina, vagina e vulva (VIEIRA *et al.*, 2012).

Um dos cânceres ginecológicos de maior visibilidade, dada a sua ampla incidência e as consequências para a saúde das mulheres é o câncer de colo uterino, o quarto tipo de câncer de maior incidência mundial sobre a população feminina, com expectativa de 569 mil novos casos no ano de 2018. No Brasil, o câncer de colo uterino ocupa a terceira posição entre os cânceres de maior incidência, com cerca de 16 mil novos casos para cada ano do biênio 2018-2019 (INCA, 2017; IARC, 2018).

Com relação às estratégias diagnósticas, de estadiamento e tratamento dos cânceres há uma variabilidade para cada tipo de câncer ginecológico, a depender de suas características. Dentre os esquemas terapêuticos mais utilizados no tratamento dos cânceres ginecológicos é comum o uso da teleterapia associada à quimioterapia, seguidas da braquiterapia.

A braquiterapia é uma modalidade de radioterapia que consiste na administração de radiação ionizante a partir de fontes radioativas, em contato próximo aos volumes-alvo tumorais, na maior parte das vezes no interior de cavidades do organismo. No país ela foi introduzida na prática clínica na década de 90 e desde então tem sofrido grandes evoluções em seu método de planejamento e funcionamento. Atualmente vem-se utilizando a Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (BATD), uma vez que pode ser realizada em ambiente ambulatorial, reduzindo custos e minimizando os riscos e desconfortos às mulheres (ESTEVES; OLIVEIRA; FEIJÓ, 2004; HOFFMAN, 2014).

Para a administração da BATD a mulher é colocada em posição ginecológica e há a inserção de fonte radioativa próximo ao tumor, no canal vaginal. Durante a aplicação da radiação a paciente é monitorada pelos profissionais via central de comando.

Apesar dos importantes benefícios da braquiterapia para o tratamento dos cânceres ginecológicos, é importante considerar também os efeitos negativos desta terapêutica sobre a saúde física e emocional das mulheres. Há uma série de efeitos colaterais que podem decorrer do tratamento, a maior parte deles relacionados a tecidos em contato próximo ao tumor, que apesar de uma dose reduzida e controlada, são também afetados

pela radiação emitida sobre a bexiga, reto e paredes vaginais (SCHOFIELD, *et al.*, 2013).

Os efeitos imediatos da braquiterapia envolvem alterações na pele e mucosa, fadiga, diarreia, alterações na bexiga e/ou nas eliminações urinárias e sangramentos vaginais. O principal efeito tardio da braquiterapia é a estenose vaginal, que ocasiona medo entre as mulheres submetidas a essa terapêutica e permeia aspectos da saúde física e emocional, da sexualidade e autoimagem (SALGADO, 2012; SCHOFIELD, *et al.*, 2013).

Além dos efeitos colaterais que podem surgir após o procedimento braquiterápico, existem também os traumas físicos e emocionais que podem ser ocasionados pelo diagnóstico de câncer e o estigma relacionado à doença, pelo próprio procedimento, como a dor durante o procedimento, o desconforto com o posicionamento na mesa ginecológica, além de sentimentos como medo, vergonha e solidão, que podem tornar o período de tratamento muito mais traumático para a mulher (SALGADO, 2012).

No Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) as mulheres submetidas à braquiterapia ginecológica não histerectomizadas realizam o procedimento sob sedação e analgesia, enquanto aquelas histerectomizadas são submetidas à terapêutica sem sedação e sem analgesia. Os profissionais que as acompanham afirmam a não necessidade de sedação ou analgesia devido a menor grau de percepção dolorosa em consequência da histerectomia realizada.

Frente ao exposto, considera-se relevante investigar o significado da braquiterapia. Portanto, este estudo objetivou conhecer o significado da braquiterapia e o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer ginecológico atendidas no Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa narrativa, de abordagem qualitativa para a identificação do fenômeno de interesse. O cenário de estudo foi o Ambulatório de Radioterapia do CEPON, localizado na cidade de Florianópolis (Santa Catarina/ Brasil).

As participantes deste estudo constituíram-se de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico e submetidas à BATD no cenário de estudo. A média de atendimento mensal no Ambulatório de BATD neste contexto é de 15 mulheres realizando o procedimento com sedação e cinco mulheres sem sedação.

Foram incluídas mulheres não-histerectomizadas, que realizam o procedimento

sob sedação e analgesia e mulheres histerectomizadas, que realizam o procedimento sem qualquer analgesia. A seleção foi realizada de forma sequencial e por conveniência, de acordo com os dias de altas da braquiterapia e a disponibilidade para coleta dos dados.

O número de inclusões foi definido pela saturação dos dados, ou seja, ausência de elementos novos em cada agrupamento de informações, definida na análise dos dados, neste estudo direcionada pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), que inclui pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Os resultados foram codificados a partir de três etapas, a saber: a escolha das unidades, a enumeração e a escolha das categorias.

Para a coleta de dados, realizada entre setembro de 2017 e julho de 2018, utilizou-se entrevista semiestruturada, gravada e transcrita. As perguntas fechadas investigaram dados sociodemográficos, (idade, grau de instrução, estado conjugal, procedência, escolaridade e religião), dados clínicos (tipo de câncer e terapêutica utilizada para seu controle), prescrição medicamentosa para controle da dor e avaliação da dor antes, durante e após a braquiterapia.

As perguntas abertas permitiram a investigação narrativa acerca do significado da dor e da braquiterapia. As perguntas disparadoras das narrativas das mulheres foram: “O que significou para você precisar fazer a braquiterapia?”, “Que sentimentos ou desconfortos surgiram durante o tratamento?”.

O estudo obedeceu, em todas as etapas, as determinações da Resolução 466/2012. No primeiro encontro com as participantes, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aprovação ética encontra-se registrada sob os CAAES: 61720216.1.0000.0121 (proponente) e 61720216.1.3001.5355 (coparticipante).

Da análise de conteúdo emergiram cinco categorias temáticas: Desconhecimento sobre a Braquiterapia, Razões para o tratamento, Conforto prejudicado, Atendimento da equipe profissional e Percepção dolorosa frente à braquiterapia. Neste estudo a apresentação das categorias temáticas se limitará às categorias Desconhecimento sobre a Braquiterapia e Atendimento da equipe profissional e suas respectivas subcategorias. Também será apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica das participantes.

RESULTADOS

Caracterizando o perfil das participantes

As inclusões totalizaram 32 participantes, destas, 20 realizaram o procedimento

com sedação e analgesia e 12 sem sedação e sem analgesia.

As mulheres submetidas à BATD tinham média de idade de 51 anos ($\pm 11,5$). Comparando os dois grupos investigados, a média de idade no grupo sem sedação foi 11 anos maior. A maioria das mulheres, nos dois grupos, pertencia ao estado civil casada (53,12%), era católica, com ensino fundamental 1 completo (31,25%), procedente da Grande Florianópolis (31,25%), Região Norte (31,25%) e Região Sul (31,25%), com diagnóstico de câncer de colo do útero (84,37%). Metade das pacientes hysterectomizadas foram diagnosticadas com câncer do endométrio, sendo que estas apresentaram mediana de idade oito anos a mais do que entre as mulheres hysterectomizadas por diagnóstico de câncer do colo uterino. A Tabela 1 apresenta a totalidade dos dados.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e localização primária dos cânceres das mulheres submetidas à braquiterapia, segundo grupo de investigação. Florianópolis-SC, Brasil. 2018. (n=32)

Dados sociodemográficos	Mulheres sem sedação (n=12)	Mulheres com sedação (n=20)	Mulheres com e sem sedação (n=32)	
			N	%
Idade (anos)				
Idade mínima-máxima	40-77	25-62	25-77	-
Média de idade	57 \pm 11,7	46 \pm 9,2	51 \pm 11,5	-
Mediana das idades	59,5	48	51,5	-
Estado civil				
Casada	07	10	17	53,12
Separada/ divorciada	03	00	03	9,37
União consensual/ estável	01	05	06	18,75
Solteira	00	04	04	12,50
Viúva	01	01	02	6,25
Religião				
Católica	11	13	24	75,00
Evangélica	01	06	07	21,87
Sem religião	00	01	01	3,12
Escolaridade				
Sem instrução	00	01	01	3,12
Fundamental 1 incompleto	03	03	06	18,75
Fundamental 1 completo	05	05	10	31,25
Fundamental 2 incompleto	00	01	01	3,12
Fundamental 2 completo	01	01	02	6,25
Ensino médio incompleto	01	01	02	6,25
Ensino médio completo	01	05	06	18,75
Ensino superior incompleto	00	02	02	6,25
Ensino superior completo	01	01	02	6,25
Região de procedência				
Norte	06	04	10	31,25
Oeste	00	01	01	3,12
Vale do Itajaí	00	01	01	3,12
Região Serrana	00	01	01	3,12
Sul	04	05	09	28,12
Grande Florianópolis	02	08	10	31,25

Localização do câncer				
Colo uterino	06	20	26	81,25
Endométrio	06	00	06	18,75

Fonte: Elaborado pela autora.

No que tange às terapêuticas, entre as mulheres submetidas à braquiterapia sem qualquer analgesia, todas realizaram procedimento cirúrgico de histerectomia prévia. Destas, três realizaram somente a braquiterapia associada ao procedimento cirúrgico, três realizaram braquiterapia e teleterapia e as outras nove realizaram braquiterapia, teleterapia e quimioterapia.

Já entre as mulheres submetidas à braquiterapia sob sedação e analgesia, todas as mulheres realizaram esquema terapêutico que incluía, além da própria braquiterapia, teleterapia e quimioterapia prévias. Uma das pacientes realizou procedimento cirúrgico para exérese do tumor, a princípio diagnosticado como câncer de vagina, onde foi constatado que se tratava de câncer de colo uterino.

Desconhecimento sobre a Braquiterapia

As unidades de registros que constituem esta categoria temática retratam como a desinformação, a ambiguidade das informações ou os relatos de experiências prévias de outras pacientes alteram a forma como as mulheres lidam com o processo de tratamento.

Esta categoria agrupa as subcategorias: Direito à informação e decisão, Desconhecimento prévio do tratamento, Opiniões e relatos causadores de medo e ansiedade e Conselhos para outras mulheres.

A subcategoria “Direito à informação e decisão” aponta o déficit nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde a respeito do tratamento, sobre o prognóstico da doença e sobre as consequências e desdobramentos da braquiterapia na vida das mulheres, bem como a concessão do direito de decisão sobre seu tratamento, pautado em orientações completas e adequadas sobre a situação de saúde e abordagens terapêuticas recomendadas tecnicamente, como exemplificado a seguir:

[...] só o que não me conforma é eu fazer exame, exame, exame e eles dizerem que está tudo bem e eu fazer coisa, coisa e coisa. É porque alguma coisa tem, ninguém vem fazer isso aqui por nada. Isso eu vou dizer pra médica quando eu voltar lá e ela vai ter que me explicar porque eu estou passando por isso tudo. (MB24)

Agora eu tô triste por causa desse problema que eu vou ter que viver

com esse negócio, não sei se vou chegar lá, mas quando eu for velhinha eu vou ter que fazer sozinha [falando sobre a dilatação vaginal para prevenção da estenose], é uma coisa assim, muito, muito, muito triste, porque eu fiquei sabendo hoje [no dia da alta] que vai ter isso. Fiquei muito chateada. (MB26)

A subcategoria “Desconhecimento prévio do tratamento” agrupa os relatos que apontam que mais da metade das mulheres (18) desconhecia a braquiterapia antes de terem sido encaminhadas para o cenário do estudo, para o início do tratamento. Os relatos das entrevistadas a esse respeito enfatizam o impacto do desconhecimento sobre o medo e ansiedade que antecederam o início da braquiterapia.

Eu fiquei assustada, abalada, até porque eu não sabia o que era a braquiterapia. Na primeira vez nós viemos meio às cegas, né. Me lembro que no dia em que me explicaram eu estava muito nervosa, a minha irmã que me acompanhou, ela que ouviu mais o que foi dito. (MB08)

Eu não sabia como é que era, então tentei buscar na internet pra ver se descobria alguma coisa, [...]. Eu fiquei com um pouco de medo por não saber como é que era, se era sedada, não sabia se ia doer se não ia. (MB11)

Na subcategoria “Opiniões e relatos causadores de medo e ansiedade” foram reunidos os relatos sobre como os conselhos recebidos e as histórias que outros indivíduos contam sobre suas experiências com a braquiterapia ocasionam sentimentos como medo, ansiedade e insegurança às pacientes, tornando o início do processo terapêutico mais traumático a essas mulheres.

Quando eu vim fazer todo mundo me falava um monte de coisa, no primeiro dia eu estava tensa, com medo, porque ‘ah porque isso’, ‘ah porque aquilo’, um monte de coisa, mas não é nada daquilo que eles falam, foi totalmente diferente, tu não sente nada, não é aquilo tudo. Eu achava que eu ia ficar com a vagina toda machucada, que eu ia ficar doendo, mas não teve nada disso. (MB01)

Eu achei que era uma coisa assim, um bicho de sete cabeças sabe... porque a gente conversa com uma pessoa, ela fala uma coisa, a outra pessoa fala outra. Quando cheguei aqui, foi totalmente diferente. (MB12)

A subcategoria “Conselho para outras mulheres”, retrata as palavras de incentivo, apoio ou aconselhamentos das participantes (29) para outras mulheres que cruzaram seu

caminho durante o tratamento ou para outras mulheres que poderão vir a realizar a braquiterapia.

Inclusive peguei até número de celular [de outra paciente] e a gente tá se comunicando, porque pessoas pegaram nas minhas mãos, ficaram de mão dada comigo, conversando comigo, me dando carinho, e eu também dei muito carinho pra muita gente que estava ali. Teve gente ali, senhoras ali de eu beijar e dar carinho e dizer ‘Tenha coragem, Deus vai lhe ajudar’, sempre com uma palavra amiga assim. (MB16)

[...] eu diria [à outra mulher] para ter fé né na nossa cura. Eu diria pra ter fé na nossa cura porque só através disso que a gente é curada, e que é difícil, mas pra ser forte, porque é uma coisinha ruim de fazer, mas tem que ser forte, né? (MB04)

Atendimento da equipe profissional

A categoria Atendimento da equipe profissional, por sua vez, agrupa duas subcategorias que tratam sobre como as participantes avaliam e classificam o atendimento recebido e o impacto da qualidade do serviço sobre seu tratamento, além de quais foram as orientações e cuidados de enfermagem prestados, a adesão das pacientes acerca do mesmo e o impacto deste em sua saúde e na prevenção de complicações do tratamento.

A subcategoria “Considerações sobre a equipe e infraestrutura” revela as opiniões das entrevistadas sobre os profissionais do serviço, a infraestrutura do setor e o atendimento recebido.

O tratamento dos médicos, enfermeiros, recepcionistas são tudo nota dez, todos maravilhosos, porque se a gente está doente e ainda encontra uma pessoa estúpida, grosseira, aí é que mata a gente antes da hora. (MB16)

No CEPON de 0 a 10 eu dou 8,5. A única coisa que eu não gosto é da demora. É muito demorado, sabe. Eles podiam ver algum jeito de agilizar isso porque pra mim que vem de fora [outra cidade], por exemplo, eu passo a noite inteira sem comer, fico a manhã inteira sem comer, aí a gente fica tonta, e ficamos esperando com sono, e as vezes tem dois, três na frente e a gente sai daqui tonta né, e daí ficamos a tarde inteira esperando até voltar pra casa. (MB11)

A subcategoria, denominada “Cuidados de enfermagem: orientações e adesão” inclui as comunicações acerca das orientações realizadas durante as consultas de enfermagem atreladas à braquiterapia, sua adesão às recomendações recebidas e os resultados observados após sua realização.

Olha, ela [a enfermeira] me orientou o chazinho de camomila duas vezes ao dia, aí lavo com ele [o canal vaginal]... elas me deram a duchinha, que eu nunca tinha usado e me ensinou ainda [a usar] porque eu nem sabia... aí também me pediu para tomar chá de quebra-pedra, caso tivesse com ardência na urina, mas eu não estou. Só na primeira depois de tirar a sonda que ardeu um pouquinho. [...]. Me orientou bem certinho e eu fiz tudo que ela pediu. Dessa vez agora que fui lá, pediu para eu continuar depois da braquiterapia por mais uma semana se eu não tiver corrimento, a usar a duchinha, ou por mais 14 dias duas vezes na semana, se tiver mais corrimento né. (MB20)

Ah, eles me orientaram pra tomar [chá de] quebra-pedra e fazer aquela lavagem com maçanilha e agora com esse outro [prótese peniana] fazer o exercício [de dilatação vaginal]. Nossa, como ajudou! Não tive nada, nem dor de cabeça que eu tinha bastante, nada! (MB30)

DISCUSSÃO

O câncer do colo do útero é considerado raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos de idade (SILVA *et al.*, 2014 SPECK *et al.*, 2015). Embora esse tipo de câncer tenha grande potencial de prevenção, ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil, levando ao maior número de óbitos em mulheres jovens (15 a 44 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Essa triste realidade retrata a deficiência do sistema de saúde do Brasil, a baixa escolaridade e baixo padrão socioeconômico, pois nos países desenvolvidos as taxas de incidência e mortalidade são muito menores.

Falando em escolaridade, neste estudo a maioria das mulheres referiu baixa escolaridade, e cabe a reflexão de que esta contribui para baixo padrão socioeconômico e menor acesso à saúde.

Estudo realizado no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) identificou a predominância de casos de câncer do colo uterino em mulheres com nenhum a três anos de escolaridade (84,17%), enquanto nas mulheres com mais de oito anos de escolaridade houve baixa incidência (14,83%) e concluiu que dentre os aspectos sociodemográficos, a escolaridade revela-se a variável de maior influência sobre o risco de desenvolvimento da doença e recomenda, conseqüentemente, a educação em saúde para redução das taxas de incidência (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

Por outro lado, o baixo índice de escolaridade pode tornar-se um dificultador no processo de compreensão da doença e das terapêuticas, gerando dúvidas e inseguranças prejudiciais à saúde psicológica das mulheres durante esse período, conforme apresentado nos depoimentos exemplificadores das subcategorias temáticas.

Na epidemiologia do câncer do endométrio encontra-se a idade média das mulheres no momento do diagnóstico em torno dos 63 anos, sendo que 90% dos casos ocorre em mulheres com mais de 50 anos (BRAUN; OVERBEEK-WAGER; GRUMBO, 2016).

Neste estudo, as média/mediana das idades encontradas, tanto para o câncer do colo do útero e do endométrio, assemelham-se às evidências epidemiológicas.

Neste contexto a *American Cancer Society* recomenda que todas as mulheres com mais de 65 anos sejam informadas sobre os riscos e sintomas do câncer de endométrio e aconselhadas a procurar avaliação caso ocorram sintomas. A preocupação com o diagnósticos precoce relacionada a elevação da taxa de mortalidade por câncer endometrial, que aumentou mais de 100% nos últimos 20 anos e 8% desde 2008 (BRAUN; OVERBEEK-WAGER; GRUMBO, 2016).

O tratamento padrão para câncer de endométrio é a ressecção cirúrgica por meio de histerectomia e, após o estadiamento cirúrgico são avaliadas as necessidades e possibilidades de terapêuticas adjuvantes, incluso a braquiterapia (VIEIRA *et al.*, 2012). Assim, entende-se que, por este motivo, a presença de mulheres com câncer de endométrio restringe-se ao grupo que realiza o procedimento sem sedação, ou seja, restringe-se ao grupo de mulheres histerectomizadas.

A maior parte das mulheres entrevistadas declarou-se católica, em concordância com os resultados encontrados em outro estudo realizado em um município do interior do Estado de São Paulo/ Brasil (CONDE; LEMOS; FERREIRA; 2018). A opção religiosa das pacientes assemelha-se às escolhas da maioria da população brasileira, que se considera predominantemente católica (IBGE, 2010).

Este achado apresenta grande importância, tendo em vista que, entre os pacientes diagnosticados com câncer, a religiosidade e a espiritualidade desempenham grande influência sobre o processo de enfrentamento. Diante do diagnóstico, as pessoas tendem a voltar-se de forma mais intensa a seu lado espiritual, utilizando-se da religiosidade/espiritualidade como auxílio para enfrentar o diagnóstico e, em muitas situações, creditando à fé o sucesso em seus tratamentos (GERONASSO; COELHO, 2012).

Diante disto, considera-se importante que a equipe de enfermagem valorize a dimensão da religiosidade/espiritualidade, compreendendo como esta envolve-se diretamente na forma como é percebido o processo de cuidado de enfermagem e como pode beneficiar ao paciente e facilitar o enfrentamento da braquiterapia, utilizando a crença como fator estimulante para adesão ao tratamento e práticas de autocuidado necessárias durante e pós-tratamento.

Com relação às terapêuticas de tratamento adotadas, observou-se que foram realizados os tratamentos convencionais, isto é, para o câncer do colo do útero com estadiamento até IA2, recomenda-se cirurgias mais conservadoras. Para os estádios IB1 recomenda-se abordagem cirúrgica ou associação de tratamento quimioterápico e radioterápico. Enquanto que para os estádios IB2 volumoso, IIA2 volumosos (lesões maiores do que 4 cm), IIB, IIIA, IIIB e IVA, recomenda-se o tratamento quimioterápico combinado com radioterapia (HOFFMAN, 2014). Para o câncer de endométrio se recomenda histerectomia, com salpingectomia e ooforectomia bilateral e linfadenectomia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia adjuvante (BRAUN; OVERBEEK-WAGER; GRUMBO, 2016).

Quanto à desinformação sobre o tratamento, evidenciada nas comunicações das entrevistadas, observou-se que este desconhecimento é fator gerador de medo e insegurança e que somado à baixa escolaridade possa ter contribuído negativamente no enfrentamento dos cuidados com o tratamento, bem como possa ter limitado as inter-relações com os profissionais, que favorecem o empoderamento em saúde, a corresponsabilização em saúde e a autonomia para tomadas de decisões.

Compreende-se que a consulta de enfermagem é um momento chave para que as necessidades de educação sejam supridas e para que as pacientes sejam orientadas de modo adequado, a fim de ampliar seu potencial de enfrentamento da doença a partir da modificação de pensamentos e hábitos (SOARES, *et al.*, 2016).

As informações verbalizadas por outras mulheres submetidas à braquiterapia, e diversas outras pessoas, causaram impactos psicoemocionais negativos, ampliando a ansiedade e o medo sentidos.

Apesar disto, entende-se que a convivência em sala de espera é, ainda assim, muito importante para o enfrentamento das mulheres, visto que encontram nesse ambiente pessoas vivendo as mesmas situações e que são capazes de compartilhar de maneira empática seus sentimentos. Entretanto, esse ambiente deve ser também utilizado pela equipe de saúde como local para educação em saúde.

Fazer algo com o tempo e o espaço “ociosos”, como nas salas de esperas, possibilita importante movimento para a qualificação, sustentação ou mesmo viabilização de variados aspectos no atendimento em saúde, pois neste ambiente há uma multiplicidade de fazeres possíveis, cujo objetivo e função estarão atrelados à especificidade do serviço oferecido e da população atendida (SILVA *et al.*, 2016).

Algumas mulheres retrataram seu desconforto frente às informações sobre as complicações do tratamento e cuidados relacionados à estenose vaginal e a necessidade de exercícios para a dilatação vaginal. Contextualiza-se que esta demanda foi decorrente dos esclarecimentos sobre a estenose vaginal e necessidade de exercícios de dilatação vaginal, repassados apenas na consulta de alta da braquiterapia.

Enquanto a maior parte das correntes éticas acredita que é obrigação do profissional dizer toda a verdade a seus pacientes, a despeito das consequências, os utilitaristas acreditam que nem sempre a verdade faz-se essencial, já que considera que em determinadas situações a ocultação da verdade pode promover melhores resultados (COSTA, *et al.*, 2010).

O utilitarismo é uma corrente filosófica que surgiu em meados do século XVII, que, enquanto sistema filosófico, moral e ético, acredita, de forma resumida, que as ações desenvolvidas pela sociedade devem ter em foco a “utilidade”, tendo este o sentido da tendência a elevar ou reduzir o bem-estar e prazer das partes afetadas por uma ação, sendo útil a ação que contribui para a elevação da felicidade do maior número possível de indivíduos (MULGAN, 2012).

Nas situações apontadas em questão, o utilitarismo reflete sobre os efeitos da divulgação da verdade sobre determinados aspectos da saúde dos indivíduos, acreditando que, em algumas situações, a divulgação completa e irrestrita da verdade pode gerar efeitos negativos sobre a saúde e tratamento dos indivíduos.

Apesar disso, é importante considerar o Código de Ética Médica, que em seu Capítulo IV, Art. 24, destaca que é vedado ao profissional médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito da livre decisão sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Outrossim, em seu capítulo V, Art. 34, o mesmo código descreve que é vedado ao médico: “*Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal*” (CONSELHO

FEDERAL DE MEDICINA, 2009 p.38), nesse aspecto é importante considerar a definição de “danos” que, quando não explicitada de forma adequada pode ocasionar diferentes interpretações sobre este artigo.

As comunicações revelaram frente a esse fato a “sensação de traição” vivenciada ao descobrir a ocultação de informação relevante sobre seus próprios corpos e sobre procedimentos nele infringidos, o que pode abalar de maneira irreversível a relação de confiança desenvolvida entre paciente e profissional, impactando negativamente sobre o tratamento em curso.

Diante disso, considera-se relevante que todas as informações sobre o tratamento, suas complicações, benefícios e cuidados relacionados durante e pós-tratamento sejam dialogados com as mulheres no início do tratamento, utilizando-se a escuta atenta e a comunicação terapêutica necessária, devendo ser reforçados e/ou complementados em todas as consultas de enfermagem (no cenário do estudo realizam-se consultas de enfermagem antes, durante e ao fim da braquiterapia).

Argumenta-se que a relação entre a equipe profissional e paciente pode impactar significativamente sobre os resultados terapêuticos e na adesão aos mesmos, uma vez que a confiança é peça chave para que as orientações sejam aceitas e colocadas em prática. É necessário que os profissionais sejam empáticos às demandas trazidas, que se comuniquem de maneira simples a fim de que as informações sejam compreendidas pela paciente de forma adequada (ARAÚJO, 2017).

E ainda, ressalta-se a importância da equipe multiprofissional no cuidado da mulher em braquiterapia, oferecendo suas contribuições de acordo com suas competências e colaborando para o bem-estar da mulher e para o progresso geral no conhecimento sobre o câncer e sobre a braquiterapia (ARAÚJO, 2017).

Os conselhos deixados pelas participantes representam uma forma implícita de deixar claro algo marcante de sua trajetória. Desejando força, elas relembram também da força que despenderam para superar o tratamento. Afirmando que “tudo dará certo”, elas trazem à tona aquilo a que se apegaram, a esperança de cura, de que não houvesse prejuízos à saúde e a não percepção dolorosa.

Muitos desses conselhos ocorrem nas salas de espera. Estudo afirma que nas salas de espera cria-se uma rede de solidariedade, onde compartilham-se experiências, sensações, dores, formas alternativas de lidar com o tratamento. Criam-se laços de amizades estabelecidos e trocas de informações e também reafirma a necessidade do acolhimento em saúde neste ambiente, de forma a implementar-se as recomendações da

Política Nacional de Humanização (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2015).

Quanto ao atendimento recebido e infraestrutura a maioria referiu elogios à equipe e à ambiência, mostrando a confiança no suporte técnico recebido, bem como o acolhimento e cuidado humanizado. O cenário de estudo conta com equipe multiprofissional para atendimento no Ambulatório de Radioterapia, entre os quais está a equipe de enfermagem. Juntos, profissionais das áreas de enfermagem, física, fisioterapia, medicina, dentre outras, trabalham para garantir a atenção integral e humanizada aos pacientes em tratamento.

A ambiência é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que fomenta a criação de ambientes saudáveis, acolhedores e confortáveis, promovendo a partir de organizações arquitetônicas, oportunidades de diálogo, estreitamento na relação profissional-paciente, favorecendo o laço de confiança essencial durante o processo de tratamento. Ademais, a conformação do espaço físico serve também ao propósito de trazer conforto àqueles que aguardam, reduzindo o estresse, medo e ansiedade prévios à realização do procedimento (BRASIL, 2010).

Quanto aos cuidados de enfermagem orientados foram destacados o uso da ingestão de chá de “quebra-pedra” para estimular a diurese, o uso do chá de camomila para irrigação vaginal e o exercício de dilatação vaginal. Neste contexto observou-se que muitos cuidados recomendados não foram citados pelas mulheres, tal achado sugere a não assimilação dos conteúdos ou educação em saúde insuficiente.

Acerca da adesão aos cuidados de enfermagem orientados, destaca-se a dificuldade na avaliação, uma vez que, diante de profissionais, a mulher pode sentir-se impelida a relatar ações que não está, de fato, realizando de acordo com as orientações. Desta maneira, a relação de confiança entre profissional e paciente torna-se importante, promovendo a mulher espaço para admitir as dificuldades na adesão ao tratamento e buscando compreender e solucionar as razões para o ocorrido.

Da mesma forma, é importante que o profissional esteja atento à possibilidade de não adesão, buscando questionar a cada contato as ações que a paciente tem desenvolvido, solicitando que explique e, quando possível, demonstre de que forma está realizando as ações orientadas, buscando identificar e solucionar as inconsistências encontradas.

As mulheres submetidas à braquiterapia devem ser orientadas antes da realização do procedimento sobre sua anatomia e a localização de sua neoplasia, sobre o procedimento a ser realizado e suas consequências à saúde, tanto no que se refere aos benefícios, quanto aos possíveis malefícios, recebendo as adequadas orientações acerca

dos riscos de complicações (efeitos colaterais imediatos e tardios, já citados na introdução) e cuidados preventivos, incluindo, durante a braquiterapia, o desuso de cremes vaginais; manutenção (conforme desejo) do ato sexual durante o tratamento na ausência de intercorrências, exceto no dia anterior ao procedimento e nos dias de braquiterapia; a comunicação à equipe de saúde de sangramento vaginal durante e após a BATD; retirada dos pelos pubianos; 8 horas em jejum (antes do procedimento), por causa da sedação anestésica; ingestão hídrica de 2,5 a 3 litros de líquido por dia; adoção de alimentação saudável; comunicação à equipe de alterações na eliminação intestinal; cuidados com a pele da região perianal; verbalização de ansiedade, medos, inseguranças (CeMPED, 2006; OTTAWA HOSPITAL, 2016; PESSI *et al.*, 2016).

Após a braquiterapia as orientações de enfermagem para o autocuidado devem destacar a manutenção do uso da ducha ginecológica com chá de camomila uma vez ao dia, durante a primeira semana pós-tratamento; realizar exercício de dilatação vaginal com uso da prótese peniana, em média, 2 a 3 vezes por semana, por cerca de dez minutos, associando, quando desejado à prática de relações sexuais; uso de lubrificante vaginal durante a relação sexual e/ou exercício de dilatação vaginal com prótese peniana, por tempo indeterminado, com início até no máximo 30 dias pós-tratamento; agendamento das consultas de seguimento com radioterapeuta, ginecologista e fisioterapeuta (CeMPED, 2006; OTTAWA HOSPITAL, 2016; PESSI *et al.*, 2016).

As pacientes devem estar cientes da rede de apoio disponível e da equipe multiprofissional à disposição para atendimento, quando necessário. Devem ser orientadas sobre o risco de estenose vaginal e disfunção sexual desde o início do acompanhamento, aprendendo durante o mesmo a realizar as atividades de dilatação do canal vaginal e, sempre que possível, devem ser encaminhadas para atendimento e seguimento com fisioterapeuta. Essas orientações devem ser reforçadas durante as consultas posteriores e a correta assimilação das informações pode ser verificada com questionamentos à mulher acerca do que foi explicado (CeMPED, 2006; OTTAWA HOSPITAL, 2016).

Passar pela consulta de enfermagem antes da braquiterapia facilita o enfrentamento da terapia para as mulheres. O adequado esclarecimento dos questionamentos e a realização de orientações completas, em linguagem clara e assertiva colaboram para a diminuição dos efeitos negativos da braquiterapia, além de auxiliarem na compreensão do tratamento e diminuírem o medo e a ansiedade das mulheres diante do procedimento (ARAÚJO, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil socioeconômico e clínico destaca a baixa escolaridade que contribui para o diagnóstico tardio do câncer do colo do útero e do endométrio e dificulta a compreensão do tratamento, cuidados relacionados, reduz a possibilidade de discussão e decisão com autonomia sobre o tratamento, tornando as mulheres mais suscetíveis a decisões impostas sobre seus corpos e seu tratamento. E ainda, destaca os benefícios da religiosidade no enfrentamento da doença e do tratamento.

Quanto ao significado da braquiterapia, na percepção das mulheres submetidas à terapêutica, é estreitamente modificado pelas informações a que a mulher tem contato. O acesso a informações inadequadas, que reforcem a imagem de um procedimento doloroso, mutilador e desumano é tão ou mais prejudicial para as mulheres do que o desconhecimento sobre o procedimento. Mas o significado transforma-se frente à atenção segura, humanizada com ambiente acolhedor.

Sugere-se a ampliação da investigação do perfil sociodemográfico e clínico por meio de estudo quantitativo, para que seja possível estabelecer um panorama mais amplo sobre as mulheres atendidas no Ambulatório de Radioterapia. Além disto, recomenda-se e que todas as informações sobre o tratamento sejam ofertadas antes de seu início e, ao longo das consultas de enfermagem, as informações iniciais devam ser reforçadas e ampliadas de acordo com a necessidade e interesse da mulher em braquiterapia.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Claudia Regina Gomes de *et al.* The phenomenon lived by women in nursing consultation in the gynecological brachytherapy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 10 jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200335&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 12 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAUN, Michael M.; OVERBEEK-WAGER, Erika A.; GRUMBO, Robert J..Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. **Am Fam Physician**,

Washington, v. 93, n. 6, p.468-474, 15 mar. 2016. Disponível em:
<<https://www.aafp.org/afp/2016/0315/p468.html>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CAVALCANTE, Arthur *et al.* Relação da escolaridade com o número de mortes por câncer de colo uterino. **Revista Educação em Saúde**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.25-26, 28 nov. 2014. Disponível em:
<<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/924>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CENTRE FOR MEDICAL PSYCHOLOGY AND - CeMPED. Evidence-based Decision-making. School of Psychology. The University of Sydney. **Recovering after Pelvic Radiation Therapy: A guide for women**. Sidney: [s. i.], 2006. 30 p.

CONDE, Carla Regiani; LEMOS, Talita Mayara Rossi; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer. **Enfermería Global**, Murcia, v. 17, n. 1, p.348-380, 30 dez. 2017. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100348&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1931/2009 de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília; 2009.

COSTA, Simone de Melo *et al.* Implicações bioéticas na relação profissional de saúde e usuários: estudo junto aos acadêmicos dos cursos de saúde na Unimontes. **Odontologia Clínica Científica**, Recife, v. 9, n. 3, p.263-267, set. 2010. Disponível em:
<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018.

ESTEVES, Sérgio Carlos Barros; OLIVEIRA, Antonio Carlos Zuliani de; FEIJÓ, Luís Fernando de Andrade. Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 5, p.337-341, out. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000500007>. Acesso em: 12 out. 2018.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e Meio Ambiente**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.173-187, jun. 2012. Disponível em:
<<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>>. Acesso em: 12 out. 2018.

HOFFMAN, Barbara L. *et al.* **Ginecologia de Williams**. [tradução de Ademar Valadares Fonseca *et al.*] 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 1419 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência** – Rio de Janeiro: IBGE, 2010

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

MULGAN, Tim. **Utilitarismo**. [tradução de Fábio Creder] Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. - (Série Pensamento Moderno)

OLIVEIRA, Pricilla Emmanuely; GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 7, p.2211-2220, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702211>. Acesso em: 12 out. 2018.

SALGADO, Nuno. A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. **Interações**: Sociedade E As Novas Modernidades, Coimbra, v. 12, n. 22, p.39-57, 09 nov. 2013. Disponível em: <<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/334>>. Acesso em: 12 out. 2018.

SCHOFIELD, Penelope *et al.* A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.39-50, 11 fev. 2013. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-39>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVA, Keila Brito *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 48, p. 240-248, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf> Acesso em: 12 out. 2018.

SILVA, Thiago Pereira da *et al.* O trabalho em sala de espera como dispositivo clínico: estrutura e função no processo de acolhimento em uma clínica-escola. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 756-771, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282016000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2018.

SOARES, Míbsam Lysia Carvalho Alves *et al.* O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.317-323, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200317&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 out. 2018.

SPECK, Neila Maria de Góis *et al.* Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.52-57, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015000100010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

OTTAWA HOSPITAL. **A guide to your HDR brachytherapy for câncer of the cervix**. Ottawa: Ottawa Hospital, 2016. 18 p. Disponível em:

[http://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/cp85b-hdr-brachy-therapy-of-cervix-english-april-2016.pdf/](http://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/cp85b-hdr-brachy-therapy-of-cervix-english-april-2016.pdf) Acesso em: 16 out. 2018.

VIEIRA, Sabas Carlos *et al.* **Oncologia Básica**. 1 ed. Teresina-PI: Fundação Quixote, 2012. 324 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Institut Català d'Oncologia. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). **Human Papilloma vírus and Related Diseases Report in Brazil**. Geneva, 2017. Disponível em: <<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/BRA.pdf>>. Acesso em> 12 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency of Research on Cancer. GLOBOCAN 2018. **CANCER TODAY - Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> Acesso em: 12 out. 18.

5.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÃO DOLOROSA E O SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO

RESUMO: este trabalho objetiva conhecer o significado da braquiterapia e a percepção da dor de mulheres com câncer ginecológico submetidas à esta terapêutica. É um estudo narrativo, de abordagem qualitativa, desenvolvido com 32 mulheres atendidas no Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil). Foi utilizada entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Da análise do conteúdo emergiram cinco categorias temáticas. Neste estudo apresentam-se três destas categorias. Na categoria Percepção dolorosa frente à braquiterapia, a maior parte das mulheres (28) relatou dor em pelo menos uma das etapas do tratamento, tendo se destacado a dor sentida na inserção (5-10) e retirada (3-10) dos instrumentais para a braquiterapia. A categoria “Razões para o tratamento” aborda as motivações e crenças pessoais acerca do diagnóstico e tratamento. A categoria “Conforto prejudicado” trata sobre como a braquiterapia afetou o equilíbrio físico e emocional das mulheres, antes, durante e após a realização do tratamento. Frente a estes achados considera-se importante a adequada orientação às mulheres sobre o tratamento e seus efeitos, a avaliação da percepção dolorosa para seu correto manejo, o respeito às crenças individuais e a planejamento do cuidado de enfermagem para a minimização de efeitos ocasionados pela terapêutica.

Palavras-chave: Braquiterapia. Enfermagem. Neoplasias dos Genitais Femininos. Dor.

INTRODUÇÃO

Os cânceres ginecológicos são os mais frequentes dentre todas as neoplasias malignas na população feminina, acometendo o colo do útero, o corpo uterino, os ovários, as tubas uterinas e a vulva. As maiores incidências relacionam-se ao câncer de colo uterino e corpo uterino. Estimou-se que, somente no ano de 2018, com estimativa

semelhante para 2019, ocorram 569 novos casos de câncer de colo uterino e 382 novos casos de câncer do corpo uterino em todo o mundo e respectivamente 16 mil e 6,6 mil novos casos no contexto nacional. Estes números tão expressivos concedem a estes cânceres o terceiro e sétimo lugar entre os cânceres mais incidentes entre as mulheres no Brasil (IARC, 2018; INCA, 2017).

As terapêuticas utilizadas para tratamento dos cânceres ginecológicos variam de acordo com as características de cada neoplasia, entretanto, as possibilidades terapêuticas mais comuns são a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que podem ser realizadas isoladamente ou, com maior frequência, associadas, no intuito de maior abordagem e melhores resultados sobre o câncer.

A braquiterapia, terapia alvo deste estudo, é um tipo de radioterapia que utiliza a radiação ionizante inserida em contato próximo ao volume tumoral, e é cada vez mais utilizada no tratamento do câncer. Tornou-se uma terapia padrão para o câncer do colo do útero e também utilizada largamente para outros cânceres ginecológicos. Em comparação com a radioterapia por feixe externo (teleterapia), ela tem o potencial de fornecer uma dose de radiação ablativa em um curto período de tempo diretamente à área tecidual alterada e consequente preservação de tecidos adjacentes (FERENC *et al.*, 2015).

Apesar dos ótimos resultados no tratamento dos cânceres ginecológicos e do crescente número de estudos para aprimoramento da terapia e redução dos efeitos indesejados sobre o organismo, a braquiterapia ainda apresenta efeitos colaterais que afetam o dia a dia das pacientes que a realizam. Os principais efeitos físicos relacionados à braquiterapia decorrem de alterações em órgãos e estruturas adjacentes à área irradiada, que apesar da dose reduzida e controlada, podem também sofrer os efeitos da radiação emitida, como alterações gastrointestinais e urinárias, alterações da pele (vulva e região perianal) e da mucosa vaginal (dor, hiperemia, processos inflamatórios e sangramento) e redução das células sanguíneas. Tardiamente pode ocorrer estenose vaginal, secura vaginal, dispareunia e alterações ósseas, linfedema dos membros inferiores e menopausa precoce (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016; SCHOFIELD, *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2009).

Todos os sintomas físicos ocasionados pela braquiterapia, bem como o diagnóstico do câncer e a necessidade de realizar uma terapêutica ainda pouco conhecida pela população, que envolve a exposição de regiões íntimas do corpo em posicionamento desconfortável, podem provocar sentimentos de medo, incerteza, vergonha, alterações na imagem corporal e baixa autoestima, sentimentos estes que impactam direta e

negativamente na qualidade de vida das mulheres no âmbito social, familiar e conjugal (VIDAL *et al.*, 2013; KNIGHT CANCER INSTITUTE, 2016).

Além dos sintomas já mencionados, a braquiterapia e também o próprio diagnóstico e quadro clínico de câncer podem ocasionar a percepção da dor. A dor é descrita como experiência sensorial ou emocional desagradável e, para além do contexto nociceptivo, principalmente entre os pacientes oncológicos, é permeada também por aspectos emocionais, culturais, espirituais e sociais (ARAÚJO *et al.*, 2018).

De toda a forma, a dor, seja ela ocasionada por desequilíbrio em qualquer uma das instâncias citadas, deve ser considerada atentamente, compreendida e jamais subvalorizada. O manejo adequado da dor é essencial para o sucesso da terapêutica e o enfermeiro possui importante papel na avaliação, mensuração e manejo das queixas álgicas (ARAÚJO *et al.*, 2018).

O Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) atende a maioria das mulheres submetidas à braquiterapia ginecológica residentes no Estado de Santa Catarina. Em 2017 atendeu cerca de 176 mulheres. Mulheres não histerectomizadas realizam o procedimento sob sedação e analgesia até o término da administração da radiação, ou seja, durante a retirada dos instrumentais do canal vaginal elas já se encontram sem anestesia. As mulheres histerectomizadas são submetidas à terapêutica sem sedação e sem analgesia em todas as etapas da terapêutica. Os profissionais afirmam a não necessidade de sedação ou analgesia às mulheres histerectomizadas, considerando reduzida intensidade da dor sentida pelas mulheres.

Em face dessas informações, considera-se relevante investigar o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa. Portanto, este estudo objetiva conhecer o significado da braquiterapia e a percepção da dor das mulheres com câncer ginecológico.

MÉTODOS

Esta é uma investigação qualitativa, em que a pesquisa narrativa foi utilizada na identificação do fenômeno de interesse. Teve por cenário de estudo o Ambulatório de Radioterapia do CEPON, Santa Catarina/ Brasil.

As participantes do estudo foram 32 mulheres que realizaram braquiterapia de alta taxa de dose no CEPON, entre os meses de setembro de 2017 e julho de 2018. Foram incluídas 12 mulheres histerectomizadas, que realizaram o procedimento sem qualquer medicação analgésica ou sedativa e 20 mulheres não histerectomizadas que realizaram o

procedimento com analgesia e sedação. O número total de participantes foi estabelecido a partir da saturação dos dados, ou seja, a inexistência de novos elementos nos agrupamentos das informações obtidas pela soma das comunicações.

No cenário de estudo, a média de atendimentos mensal é de 15 mulheres realizando o procedimento com sedação e cinco sem sedação. A seleção foi realizada de forma sequencial e por conveniência, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e a data das altas da braquiterapia.

Para a coleta dos dados foi empregada entrevista semiestruturada, gravada e transcrita (realizada na última sessão de braquiterapia, em lugar reservado), composta de questões fechadas que investigaram: dados sociodemográficos, (idade, grau de instrução, estado conjugal, procedência, escolaridade e religião), dados clínicos (tipo de câncer e terapêutica utilizada para seu controle), prescrição medicamentosa para controle da dor, avaliação da intensidade da dor (com aplicação de escala visual analógica que classifica a dor entre 0 e 10, classificando os resultados em três categorias: dor leve apresenta intensidade numérica referida de 0-2, dor moderada de 3-7 e dor intensa de 8-10) e questões abertas, que investigaram o significado da dor e da braquiterapia.

A avaliação da dor abrangeu o período anterior ao início da braquiterapia, durante o preparo para a braquiterapia (entre o posicionamento da mulher na mesa ginecológica até imediatamente antes do início da aplicação da radiação), durante a aplicação da radiação braquiterápica, durante o procedimento de retirada dos instrumentais e, por fim, depois da braquiterapia (no intervalo de tempo entre as sessões de braquiterapia).

As perguntas norteadoras abertas abrangeram: “O que significou para você precisar fazer a braquiterapia?”, “Que sentimentos ou desconfortos surgiram durante o tratamento?”.

Para análise das comunicações utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) que abrange a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados. Sendo os resultados codificados a partir de três etapas, a saber: a escolha das unidades, a enumeração e a escolha das categorias.

O estudo seguiu os preceitos legais para pesquisa com seres humanos definidos pela Resolução 466/2012 e a apreciação ética está registrada sob os CAAEs 61720216.1.0000.0121 (proponente do estudo) e 61720216.1.3001.5355 (coparticipante). No primeiro contato com a paciente foi aplicado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A partir da análise dos relatos obtidos emergiram cinco categorias temáticas:

Desconhecimento sobre a Braquiterapia, Razões para o tratamento, Conforto prejudicado, Atendimento da equipe profissional e Percepção dolorosa frente à braquiterapia. Neste artigo são apresentadas as categorias Razões para o tratamento; Conforto prejudicado e Percepção dolorosa frente à braquiterapia.

RESULTADOS

Percepção dolorosa frente à braquiterapia

Esta categoria temática agrupa os achados relacionados à intensidade da dor, obtidos segundo as regras de enumeração propostas pela análise de conteúdo e algumas narrativas das mulheres sobre a percepção dolorosa.

Assim, neste contexto, destaca-se que seis (50%) das mulheres submetidas à braquiterapia sem analgesia e sedação apresentaram dor, predominantemente, intensa, durante o preparo para a braquiterapia, que inclui a inserção dos instrumentais para realização do procedimento e somente uma mulher (5%), submetida ao procedimento com anestesia, referiu dor moderada nesta mesma etapa da terapêutica.

Durante a retirada dos instrumentais, 11 (55%) mulheres que realizaram o procedimento sob sedação relataram dor de intensidade moderada à intensa. A totalidade dos resultados encontra-se definida na Tabela 2.

Tabela 2 - Intensidade da dor antes, durante a após as sessões de braquiterapia. Florianópolis-SC, Brasil. 2018. (n=32)

Intensidade da dor	Mulheres não anestesiadas (n=12)				Mulheres anestesiadas (n=20)			
	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa	Sem dor	Leve	Moderada	Intensa
	n (%)				n (%)			
Antes da braquiterapia	4 (33,3%)	-	3 (25,0%)	5 (41,6%)	11 (55%)	-	4 (20%)	5 (25%)
Durante o preparo	6 (50,0%)	-	1 (8,3%)	5 (41,6%)	19 (95%)	-	1 (5%)	-
Durante a aplicação	9 (75,0%)	-	2 (16,6%)	1 (8,3%)	19 (95%)	-	-	1 (5%)
Retirada dos instrumentais	8 (66,6%)	-	2 (16,6%)	2 (16,6%)	9 (45%)	-	5 (25%)	6 (30%)

Pós-braquiterapia	3 (25,0%)	-	6 (50,0%)	3 (25,0%)	11 (55%)	-	3 (15%)	6 (30%)
-------------------	--------------	---	--------------	--------------	-------------	---	------------	------------

Fonte: Elaborado pela autora.

Acerca da característica da dor, a maior parte das mulheres não histerectomizadas relatou dor do tipo cólica ou alfinetada (62,5%), localizada na região púbica ou suprapúbica, antes do início do tratamento de braquiterapia. Durante o preparo para o procedimento, a aplicação da radiação e a retirada dos instrumentais, as dores relatadas estavam localizadas no canal vaginal e na região suprapúbica e eram do tipo cólica, alfinetada ou aperto (66,6%). Entre cada uma das sessões de braquiterapia, a dor manifestou-se, de acordo com os relatos, sob a forma de queimação, alfinetada ou cólica (77,8%) na região suprapúbica e também na uretra.

No que se refere às mulheres que realizaram a braquiterapia sob sedação, a dor antes do início da terapêutica era do tipo cólica (55,5%), na região suprapúbica. Somente uma paciente relatou ter sentido dor do tipo cólica na região suprapúbica durante o preparo para braquiterapia, mesmo diante da administração dos fármacos analgésicos e sedativos. Outra mulher relatou também dor sob a forma de cólica na região suprapúbica durante a aplicação da radiação braquiterápica. Durante a retirada dos instrumentais, a dor foi predominantemente do tipo cólica ou alfinetada (90,9%) no canal vaginal e região suprapúbica. Entre cada uma das sessões a dor relatada foi do tipo cólica ou ardência (100%), na região suprapúbica ou canal uretral.

Para as dores que ocorreram durante o procedimento de braquiterapia, a conduta adotada pelas mulheres foi aguardar que a dor cessasse. No que se refere às dores sentidas antes da braquiterapia ou depois da realização da mesma, a maior parte das mulheres (77,8%) fez uso de analgésicos como cloridrato de tramadol, butilbrometo de escopolamina, associado ou não à dipirona monoidratada, e paracetamol.

É muito horrível...é horrível fazer né? ... A primeira vez que eu fui fazer eu até pensei em desistir de fazer porque é bem dolorido, judia muito da gente sabe, eu pensei em desistir porque judia bastante. (MB04)

A primeira [sessão de braquiterapia] doeu mais, a segunda já doeu menos, só que sensação de dor continuava bastante... só que eu disse: "Não, eu vou aguentar! Eu não sou tão mole assim. " (MB26)

Razões para o tratamento

Esta categoria agrupa as unidades de registro que tratam das razões reveladas pelas

mulheres para manterem-se em tratamento, suas crenças pessoais com relação ao mesmo e a perspectiva do tratamento como cura definitiva para sua doença. As unidades de registro são apresentadas em três subcategorias: Crenças; Tratamento como cura; e Motivações para o tratamento.

A subcategoria “Crenças” traz os relatos de dez das entrevistadas que trazem à tona a sua religiosidade durante este período, apegando-se à Deus e comunicando-se com ele a partir de oração sob a crença de que isso seria benéfico ao sucesso de seus tratamentos.

A gente não sabe se vai ter cura ou não, né? É uma coisa que a gente tem que ter fé. Fé em Deus e nos médicos de que vai curar, né. (MB07)

A gente fica, eu acho uns 15 minutinhos acordada lá dentro, né? Com a porta fechada, às vezes eu rezo, peço a Deus pra me ajudar [...] (MB13)

A subcategoria “Tratamento como cura” refere-se aos discursos de 21 mulheres que enxergam a braquiterapia como uma representação de sua possibilidade de cura, a regeneração de sua saúde e o restabelecimento de suas funções.

É um tratamento cansativo porque eu venho de longe, mas a sensação que eu tenho é que eu vou me curar, vou ficar curada, que depois eu vou voltar aqui só para fazer o acompanhamento, pra fisioterapia, se tiver que voltar é só pra visitar. Eu vou ficar curada. (MB12)

Eu pensei assim ó... na cura. Em cura. Foi a única palavra que veio em minha mente. Não importa como vai ser, onde vai ser, o importante é que eu vou me curar. Então, a braquiterapia veio para mim como minha cura, o término de uma batalha. (MB15)

Por fim, a subcategoria “Motivações para o tratamento” aponta as razões que motivaram as mulheres a manterem-se em tratamento, a não desistirem da busca pela remissão da doença.

Eu tenho dois filhos em casa e penso em ficar curada pra eles... Porque é difícil a gente descobrir que tem essa doença. Quando estou aqui eu sei que estou fazendo por eles, seja com dor, sem dor, é pra eles, pra continuar com eles. Mas é muito difícil receber um diagnóstico desses. Quando eu venho pra cá eu estou pensando neles, meu ponto de referência são eles. Um tem 17, outro tem 6 [comentando a idade dos filhos]. A gente é mãe, então a gente pensa é neles. (MB12)

Meu Deus, tu quer viver pela família, por ti também né, ninguém quer morrer, porque no primeiro momento que vem o câncer você pensa na morte né... e aí tu quer viver pelos filhos, tem teu marido, tua mãe, teu pai, que mãe e pai nunca querem isso para um filho, né? Eu acho que é isso, a minha motivação é a minha vida, a minha família, né?. Agora meu filho de 23 anos vai me dar um netinho, avisou essa semana que a namorada de 5 meses [de namoro] está grávida. Então, assim, tu quer lutar pra viver por ti e por tua família, né, não quer ir embora tão cedo. (MB20)

Conforto prejudicado

Nesta categoria estão os relatos sobre como o procedimento afetou o equilíbrio físico e emocional das mulheres. Nela foram agrupadas as falas a respeito do medo sentido pelas mulheres durante a braquiterapia, as reações físicas e emocionais causadas pelo procedimento e os efeitos colaterais decorrentes da administração de radiação durante a braquiterapia.

As subcategorias desta categoria temática são: Medo do procedimento; Reações físicas e emocionais no procedimento; e Efeitos colaterais.

A subcategoria “Medo do procedimento” evidencia o medo experimentado pelas mulheres tanto no período que precede o início da braquiterapia, quanto durante a realização da mesma.

Olha, pra mim o bom mesmo é se a gente fosse anestesiada do começo ao final, né? Eu acho. Não é que dói, mas é que a gente fica com medo na hora de tirar os ferros. Aquilo ali que me dá medo. [...] Parece que vai te machucar toda, quando tu vê o médico entrando, tu fica traumatizada, eu fico com medo quando eu vejo ele, dá um medo, medo mesmo. (MB01)

Depois que fiquei sabendo o que era eu fiquei com bastante medo, muito medo, pânico mesmo. Eu tive até que passar pela psicóloga. (MB09)

Já a subcategoria “Reações físicas e emocionais no procedimento” apresenta os sentimentos e sensações físicas experimentadas pelas mulheres durante a realização da terapêutica, como a vergonha pela exposição do próprio corpo, desconforto pelo longo período em jejum, a sensação de solidão durante a permanência na sala de realização do procedimento e o desconforto físico relacionado ao posicionamento na mesa e ao longo período de imobilidade em posição ginecológica.

Desde a hora que eu entro lá eu tenho vergonha, principalmente com os médicos... Com elas não, né [falando das profissionais mulheres] eu me sinto bem. É quando eu vejo os médicos é que eu sinto vergonha... É que a gente é mulher né? Aqui é com médico. Daí, quando eles vão tirar o negócio depois da anestesia, eu fecho os olhos. (MB14)

Sempre penso como é que vai ser, se vou sentir dor novamente, se não vou sentir, sempre aquela surpresa de como é que vai ser, né [Falando sobre os sentimentos durante o procedimento]. Um pouco de vergonha, né, porque querendo ou não é uma parte íntima da gente que fica exposta. [...] E insegurança, né, de como é que vai ser depois, porque também tem bastante os pós depois, daí sempre tem aquela insegurança de como é que vai ser depois que acabar. E tristeza por estar mutilada, né, porque querendo ou não, saiu uma coisa da gente, assim. (MB28)

Na subcategoria “Efeitos colaterais”, foram reunidas as narrativas relativas aos efeitos colaterais ocasionados pela administração da radiação durante a braquiterapia, tais como diarreia, sangramentos vaginais, sensação de queimação uretral e vaginal, urgência urinária, mas também sistêmicos, como náuseas, vômitos e inapetência.

O que tem me causado desconforto é que eu perdi um pouco da sensibilidade, tipo, tem que estar sempre com absorvente, porque tá vazando urina e eu não sei como tá vazando, onde que tá vazando, tá tudo meio novo pra mim, eu tenho sempre que ficar me cuidando, então é um pouco desconfortável. Inclusive, eu estou com dificuldade de segurar o xixi, às vezes tenho que ir correndo para o banheiro. (MB06)

No primeiro dia eu sangrei muito. Eu fiz na quinta e eu fiquei sangrando na quinta, sexta, sábado e domingo. Trocava absorvente direto como se fosse menstruação. E quando eu cheguei, na segunda vez que eu vim fazer [a braquiterapia], o médico disse que não era pra estar sangrando assim, que era pra ser só um pouquinho de sangue, que era até pra eu ter vindo aqui [cenário do estudo]. (MB01)

DISCUSSÃO

A dor é uma experiência sensitiva multidimensional desagradável, é uma manifestação subjetiva que envolve não somente mecanismos físicos, mas também psíquicos e culturais. A experiência dolorosa não se resume somente à intensidade com que se manifesta, ela é um fenômeno muito mais complexo, que inclui intensidade, localização, periodicidade, tipo, dentre outros (PEDROSO; CELICH, 2006; QUEIRÓZ *et al.*, 2015).

A dor pode ocasionar manifestações físicas e comportamentais que prejudicam a

qualidade de vida das pacientes, além de prejudicar no enfrentamento da doença em questão e na realização da terapêutica necessária. As reações podem incluir inquietação, ansiedade, irritabilidade, sudorese, palidez, taquicardia, taquipneia, dentre outros (PEDROSO; CELICH, 2006; QUEIRÓZ *et al.*, 2015).

Acerca da dor vivenciada pelas mulheres durante o procedimento, metade das mulheres que realizaram o procedimento sem uso de medicações analgésicas ou sedativas relataram dor de intensidade moderada à intensa durante a inserção dos instrumentais. Por sua vez, somente uma das mulheres que realizou procedimento sob sedação relatou dor moderada nesta mesma fase do tratamento. Tendo vista que a justificativa para a não analgesia ou sedação desta parcela das pacientes é a baixa percepção dolorosa relacionada à cirurgia de histerectomia prévia, faz-se importante o cenário do estudo reavaliar as estratégias adotadas para controle algico e avaliação da dor sentida.

Da mesma forma, mais da metade das mulheres não histerectomizadas, ou seja, que realizam o procedimento sob sedação e analgesia relatam dor durante o momento da retirada dos instrumentais, quando já estão sem o efeito das medicações sedativas. Assim, considera-se relevante avaliação da possibilidade de manutenção do efeito sedativo até o término da retirada dos instrumentais, uma vez que a dor atingiu a maioria das mulheres entrevistadas neste grupo de investigação.

Estudo internacional aponta que, apesar de a braquiterapia constituir-se como uma importante modalidade terapêutica para o tratamento do câncer, muitos pacientes referem dor vaginal severa e desconforto durante o tratamento realizado sem anestesia e propõe a associação de anestesia regional associada à sedação consciente como estratégia anestésica para a redução da dor (ISOYAMA-SHIRAKAWA *et al.*, 2015).

Além desta, muitas são as opções anestésicas em estudo para alívio da dor durante a braquiterapia. Tão importante quanto à escolha específica sobre determinado fármaco anestésico em detrimento de outro é a necessidade de avaliação constante acerca de sua eficácia sobre o bem-estar da mulher e sua percepção dolorosa, de forma a tornar o período de tratamento o mais indolor possível.

Outro ponto importante a ser considerado é que muitas mulheres relataram que o período que ficam acordadas, aguardando a chegada do médico para retirada dos instrumentais é um período que é cronologicamente curto, mas diante das circunstâncias, parece longo demais, aumentando o medo e potencializando os sentimentos negativos e, frente aos resultados obtidos nesta investigação, pode ser um fator contribuinte para elevação da percepção dolorosa. Desta forma, recomenda-se que as mulheres sedadas

sejam mantidas sedadas até o término da retirada dos instrumentais e as mulheres não sedadas tenham a companhia de profissionais da enfermagem que fiquem a seu lado após o término da irradiação e retirada dos instrumentais

É importante que todos os profissionais de saúde em contato com a mulher durante a realização do procedimento sejam capacitados para a identificação adequada da dor. Estudo realizado com enfermeiros de um município da região Nordeste do país aponta o déficit de conhecimento dos profissionais acerca da avaliação da dor e revela que não constitui como prática clínica destes profissionais avaliar a dor de forma sistemática em suas rotinas de cuidado (QUEIRÓZ *et al.*, 2015).

Acerca da espiritualidade evidenciada pelos relatos das pacientes, é possível observar a crença em Deus e na possibilidade de intervenção divina para o sucesso de seus tratamentos e sua cura. A esse respeito, a maior parte das mulheres entrevistadas declarou-se praticante de religiões cristãs (católica ou evangélica).

Alguns estudos têm sido desenvolvidos nos últimos anos para observar a influência da religiosidade e espiritualidade sobre a saúde e enfrentamento dos indivíduos. A maioria deles ressalta o resultado positivo no enfrentamento e adaptação ao estresse ocasionada pelas crenças religiosas durante o processo de adoecimento (PERES *et al.*, 2007; FORNAZARI; FERREIRA, 2010; GERONASSO; COELHO, 2012).

O cuidado ao paciente oncológico deve se dar em razão da totalidade do indivíduo, de forma humanizada e singular. Cabe à equipe profissional o respeito à crença individual e a valorização da mesma, como estratégia de cuidado e de fortalecimento de vínculo entre profissional e paciente (FORNAZARI; FERREIRA, 2010; GERONASSO; COELHO, 2012).

O câncer afeta não somente o indivíduo diagnosticado, toda a família é impactada pela doença e tem sua estrutura abalada diante dos desdobramentos do diagnóstico. Frente ao câncer, a família organiza-se de forma a cuidar do familiar doente e a apoiá-lo durante a trajetória terapêutica (BARRETO; AMORIM, 2010; LIMA *et al.* 2016).

Para as entrevistadas, o apoio familiar auxilia no enfrentamento do tratamento e da doença. A ideia de que existam pessoas que os apoiem ou mesmo que necessitem de seu apoio no contexto familiar concedem força para lutar pela cura, dando a ideia de que “há algo pelo qual lutar”, ajudando assim a persistir em rotinas terapêuticas exaustivas, na busca pela resolução da condição em que se encontram.

A participação da família deve ser aceita e estimulada e os familiares devem ser considerados no planejamento das ações de enfermagem para que, tanto eles quanto as

pacientes, compreendam a importância dos laços familiares como alicerce durante este processo de adoecimento (BARROS; LOPES, 2007; LIMA *et al.* 2016).

E, mais do que considerados, os familiares devem ser observados e cuidados, uma vez que, diante do diagnóstico de um ente querido, sua própria vida é também modificada, permeada por medo do sofrimento e da perda do familiar, pelas mudanças que ocorrem na vida do familiar adoecido e na rotina existente, e pela sensação de impotência frente à doença (MATTOS *et al.*, 2016).

Para que os familiares possam ser fonte de suporte e motivação para as mulheres é importante, portanto, que sejam observados durante o cuidado, que as conformações conflituosas sejam percebidas e que os encaminhamentos necessários sejam realizados para promover o adequado suporte ao familiar em sofrimento.

Entre as entrevistadas, o medo está constantemente presente durante os relatos, ele relaciona-se intimamente à sensação de impotência diante do cuidado do próprio corpo e do curso da doença e ao medo diante do desconhecimento sobre a terapêutica. Ele ocasiona nas mulheres inquietação, aflição, nervosismo, mas sob as orientações adequadas e esclarecedoras, pode dar lugar imediato à sensação de alívio e bem-estar (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

A braquiterapia, para as mulheres que chegam para a realização do procedimento, quando não desconhecida, é considerada um procedimento invasivo, doloroso e mutilador. Até que o estigma do procedimento possa ser desfeito, o início do tratamento é permeado por medo e insegurança.

São diversas as estratégias de educação em saúde de que os profissionais podem fazer uso para desmistificar a realização da braquiterapia e, desde a sala de espera à sala de realização do procedimento podem servir como ambiente para realização da conscientização e educação em saúde. Esta desmistificação deve objetivar não somente as mulheres em tratamento, mas a população em geral, de forma a mudar a imagem popular sobre o procedimento, fazendo com que cada vez menos mulheres cheguem ao Ambulatório de Radioterapia já assombradas pela necessidade da realização da braquiterapia.

Outro sentimento comumente relatado pelas mulheres foi a vergonha, relacionada à exposição do corpo e à presença de profissionais de saúde do sexo masculino durante o procedimento.

A vergonha e o constrangimento sentidos durante o tratamento dão-se pela necessidade de exposição de partes de seus corpos consideradas íntimas e erógenas a

indivíduos até então desconhecidos, em posição considerada desconfortável e até vexatória. A educação recebida e a cultura nas quais as mulheres estão imersas colaboram para a intensificação deste sentimento, bem como a falta de informação e o medo de ser considerada fora dos padrões sociais estabelecidos.

Muitas das pacientes são também idosas, o que na maior parte das vezes intensifica o sentimento de vergonha durante o tratamento (COUTO; BARROS, 2018). A elas, bem como a todas as pacientes, o cuidado deve ser revestido de carinho e compreensão, de espaço para diálogo e, principalmente, para escuta. Neste momento, muitas vezes ouvir torna-se essencial para que a mulher se sinta importante, protagonista no processo de cuidado, melhorando o enfrentamento e diminuindo os desconfortos durante a braquiterapia.

O sentimento de vergonha encontra-se muitas vezes atrelado à ansiedade sentida pelas mulheres, o desejo e a necessidade de conhecer sobre a terapêutica. Cabe, portanto, ao enfermeiro fornecer as orientações para o conhecimento, prevenção e controle dos possíveis efeitos e também a valorização das mulheres enquanto protagonistas de seu próprio corpo e cuidado, fornecendo, dentro daquilo que seja possível, flexibilidade e informalidade no manejo clínico das mulheres, para que compreendam o processo não como um procedimento técnico de caráter impositivo, mas como uma necessidade no processo de tratamento decidido e implantado a partir de um relacionamento interpessoal (ALMEIDA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Faz-se importante também que a exposição durante o procedimento seja limitada ao mínimo necessário, que não sejam realizados comentários e discussões acerca do corpo da mulher diante dela e que ela seja, a todo o momento, incluída nos diálogos que ocorram, para que se entenda como participante do processo de cuidado de si e não apenas como um corpo doente que demanda tratamento clínico.

Os efeitos físicos colaterais associados à realização da braquiterapia relatados pelas mulheres foram relacionados à zona de irradiação, como diarreia, sangramentos vaginais, sensação de queimação uretral e vaginal, urgência urinária, mas também sistêmicos, como náuseas, vômitos e inapetência.

Estes efeitos, quando sentidos pelas mulheres, dificultam ainda mais o processo de tratamento, eles ocasionam não somente consequências físicas à saúde já debilitada das pacientes, mas também complicações psicológicas, levando a desmotivação pela terapêutica, tristeza diante da dor e desconforto sentidos, além de ocasionar medo da realização de outras sessões de braquiterapia quando estes efeitos surgem ainda durante

o tratamento.

Estudo realizado em serviços de radioterapia de todo o Brasil aponta que as queixas mais frequentemente recebidas pelos profissionais do serviço sobre efeitos da braquiterapia estão relacionadas aos efeitos agudos da mesma, predominantemente dor abdominal no período de seis meses após o tratamento (SILVA *et al.*, 2014).

Durante o tratamento braquiterápico observa-se que a região do baixo ventre se encontra muito fragilizada, em decorrência dos tratamentos anteriores, da extensão do tumor, da presença de órgãos adjacentes comprometidos, além dos possíveis danos ocasionados pela própria radiação e traumas causados pela inserção de aplicadores e sondas. Diante destes múltiplos fatores é difícil atribuir um único responsável pela ocorrência dos efeitos adversos sentidos pelas mulheres (SILVA *et al.*, 2014). De forma contrária, é necessário procurar minimizar os danos em todas as situações supracitadas em que for possível intervir clinicamente.

A realização de estudos precisos para o cálculo da dosagem segura na realização da braquiterapia, utilizando de ferramentas tecnológicas adequadas e por profissionais capacitados e atualizados no desenvolvimento desta competência é essencial para a redução dos efeitos tóxicos da radiação sobre os tecidos sadios adjacentes, colaborando para a diminuição dos efeitos locais da braquiterapia (SILVA *et al.*, 2014).

Estudo de revisão aponta que recentemente tem-se aumentado o número de estudos que buscam compreender as demandas sobre o cuidado de enfermagem ao indivíduo em braquiterapia, no que se refere à prevenção, identificação e tratamento de efeitos colaterais, bem como nas experiências do paciente e sua família diante do diagnóstico e tratamento. Estas temáticas devem ser estimuladas e abordadas entre os profissionais de enfermagem a fim de que se fomente a importância e necessidade de atenção integral à saúde dos pacientes oncológicos, promovendo mudanças organizacionais e disseminação de tecnologias emergentes (ARAÚJO *et al.*, 2017).

No cenário de estudo, observa-se a importância de orientações de enfermagem adequadas, que capacitem as mulheres e seus familiares na identificação precoce dos efeitos colaterais possíveis, de maneira que sejam capazes de procurar o serviço de referência tão logo os mesmos iniciem, diminuindo os impactos para a saúde das mulheres em tratamento. A prevenção também possui espaço importante dentro da consulta de enfermagem e as estratégias para isso devem ser abordadas ao longo de todos os atendimentos, incluindo os acompanhamentos durante a realização da braquiterapia, reforçando as atitudes positivas e atuando com diferentes abordagens para solucionar as

lacunas no autocuidado.

Diante disso, observa-se a complexidade do cuidado humano, que é também uma atitude ética, sob a qual os indivíduos desenvolvem relações de respeito em benefício do crescimento e bem-estar do outro. O cuidado integral é um grande desafio para os profissionais da saúde. Não somente é necessário o conhecimento técnico, científico e tecnológico, mas também as habilidades de suporte humano, como a empatia e a escuta ativa (BARRETO; AMORIM, 2010).

Para que sejam capazes de exercer estas competências os profissionais devem ter ambiente de trabalho adequado, constante aprimoramento, capacitações e atualizações para o desenvolvimento de suas competências e suporte multidisciplinar para a abordagem integral das pacientes, foco do cuidado neste ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O significado da percepção dolorosa das mulheres submetidas à braquiterapia envolve dor de intensidade moderada à intensa em pelo menos uma das etapas do tratamento, tanto no grupo de mulheres que realizam o tratamento com sedação e analgesia como no grupo que realiza sem qualquer intervenção analgésica e sedativa.

Frente à elevada percepção dolorosa identificada com observância dos prejuízos físicos e psicológicos ocasionados pela dor sentida, torna-se relevante a reavaliação das estratégias para avaliação e controle algico nas diversas etapas do tratamento, destacando o período de inserção e retirada dos instrumentais.

É importante para a redução do medo e insegurança durante a braquiterapia, revelados por esta investigação, que a mulher se sinta protagonista de seu corpo e seu processo de cuidado, sendo ouvida e tendo suas falas acolhidas e respeitadas, recebendo orientação adequada para compreender seu diagnóstico, as mudanças ocorridas em seu corpo, o tratamento a que estará sendo submetida e a importância da realização deste para sua saúde, sendo, sempre que possível, incluída nas decisões tomadas acerca de seu tratamento.

Percebe-se, a partir do estudo, a importância da educação em saúde no cuidado à mulher em braquiterapia, tendo em vista os benefícios da informação adequada para a desmistificação do diagnóstico e do procedimento. Também para redução dos sentimentos negativos atrelados ao medo diante do desconhecido e para a capacitação na identificação precoce de efeitos colaterais da braquiterapia e estratégias para a prevenção

destes.

Os resultados qualitativos da presente pesquisa dão subsídios para o replanejamento dos cuidados de enfermagem no cenário do estudo. Outrossim, recomenda-se a realização de investigação quantitativa para confirmar, dentro de significância estatística, a percepção dolorosa relacionando-a à terapêutica adotada no cenário do estudo para controle algíco.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa de; PEREIRA, Yarla Brena Araújo de Sousa; OLIVEIRA, Thais Alexandre de. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 61, n. 4, p.482-487, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400014>. Acesso em: 21 out. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Radiation Therapy for Cervical Cancer**.2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/treating/radiation.html>>. Acesso em: 21 out. 2018.

ARAÚJO, Cláudia Regina Gomes de *et al.* O Significado da Dor Para Mulheres em Braquiterapia Ginecológica: Abordagem Fenomenológica na Consulta de Enfermagem. **Cuidado é Fundamental**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.612-618, jul. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6034/pdf_1> Acesso em: 21 out. 2018.

ARAÚJO, Claudia Regina Gomes de *et al.* The phenomenon lived by women in nursing consultation in the gynecological brachytherapy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 10 jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200335&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 out. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.462-467, set. 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14956764-A-familia-frente-ao-adoecer-e-ao-tratamento-de.html>>. Acesso em: 21 out. 2018.

BARROS, Dejeane de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.295-298, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

COUTO, Raquel; BARROS, Dejeane de Oliveira. O tratamento radioterápico para o câncer do colo do útero: sentimento e percepções de mulheres idosas. **Memorialidades**, [s.l.], v. 6, n. 11, p.161-188, jun. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/125>>. Acesso em: 21 out. 2018.

FERENC, Sara *et al.* Physical and psychosocial side-effects of brachytherapy: a questionnaire survey. **Journal of Contemporary Brachytherapy**, [s.l.], v. 5, n. 7, p.381-386, out. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663207/>>. Acesso em: 21 out. 2018

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa, [online]**, v. 26, n. 2, p.265-272, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e Meio Ambiente**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.173-187, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>>. Acesso em: 21 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

ISOYAMA-SHIRAKAWA, Yuko *et al.* Caudal epidural anesthesia during intracavitary brachytherapy for cervical cancer. **Journal of Radiation Research**, [s.l.], v. 56, n. 3, p.583-587, 6 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426934/>>. Acesso em: 21 out. 2018.

KNIGHT CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). Ohsu. **Social and Emotional Impacts of Cancer and Cancer Treatment. 2016**. Disponível em: <<http://www.ohsu.edu/xd/health/services/cancer/getting-treatment/services/cancer-survivorship/information-for-survivors/social-emotional-impact-cancer.cfm>>. Acesso em: 21 out. 2018.

LIMA, Sara Fiterman *et al.* Social representations about câncer among relatives of patient undergoing oncological treatment. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.1-6, set. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835275>>. Acesso em: 21 out. 2018.

MATTOS, Karine *et al.* Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 1, n. 8, p.1-6, 16 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/481>>. Acesso em: 21 out. 2018.

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.270-276, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

PERES, Mario F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 1, p.82-87, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-60832007000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018

QUEIRÓZ, Débora Taynã Gomes *et al.* DOR – 5º SINAL VITAL: Conhecimento de Enfermeiros. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p.7186-7192, abr. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10477/11322>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SCHOFIELD, Penelope *et al.* A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomisedcontrolledtrial. **Trials**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.39-50, 11 fev. 2013. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-39>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVA, Marcela Ponzio Pinto *et al.* Métodos avaliativos para estenose vaginal pós-radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 1, n. 56, p.65-70, out. 2009.

SILVA, Rogério Matias Vidal da *et al.* A atual situação da braquiterapia de alta taxa de dose em colo do útero realizada no Brasil. **Radiologia Brasileira**, [s.l.], v. 47, n. 3, p.159-164, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842014000300159&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

VIDAL, Maria Luiza Bernardo *et al.* Disfunção Sexual Relacionada à Radioterapia na Pelve Feminina: Diagnóstico de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n.59, v. 1, p. 17-24, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency of Research on Cancer. GLOBOCAN 2018. **CANCER TODAY - Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> Acesso em: 12 out. 18.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos no início deste estudo, de natureza qualitativa, foram caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico e conhecer o significado da braquiterapia e a percepção dolorosa de mulheres com câncer ginecológico submetidas à esta terapêutica.

Considera-se que os objetivos foram alcançados, tendo sido possível identificar aspectos relevantes sobre as mulheres atendidas, sobre o impacto do serviço prestado na saúde física, psicoemocional e social das mulheres.

O perfil sociodemográfico retrata prioritariamente a baixa escolaridade, influenciando a doença avançada, enquanto o clínico, retrata a incidência prioritariamente elevada do câncer no colo do útero e endométrio. Neste contexto, ressalta-se que doenças no colo do útero são preveníveis, mas frente à baixa escolaridade, que reduz a possibilidade de melhor padrão socioeconômico, o acesso à saúde também fica prejudicado, conseqüentemente o tratamento da doença nas fases pré-neoplásicas.

O significado da braquiterapia revelado pelas participantes mostra que diagnóstico de câncer, associado à necessidade de realização de um procedimento pouco conhecido, que expõe partes privadas do corpo, desperta nelas, em seus familiares e cuidadores, sentimentos múltiplos, muitos deles negativos. Os estigmas relacionados ao câncer ginecológico tomam força e, associados ao futuro incerto atribuído àquelas que são diagnosticadas com esta doença causam extensas mudanças na vida das mulheres. Nesse ponto, as relações da mulher consigo mesma, com seu corpo e com a sociedade são repensadas e reformuladas.

Neste aspecto, a equipe multiprofissional, em especial a equipe de enfermagem, cujo mecanismo de trabalho é o cuidado ao indivíduo em sua integralidade e singularidade, expressa papel importante no fortalecimento da mulher, auxiliando-a e ofertando-lhe as ferramentas para o empoderamento sobre seu corpo, sua vida e seu tratamento.

Quanto ao significado da dor, a percepção da dor existe, mesmo no grupo de mulheres que são submetidas à sedação. Assim, o significado revelado mostra que há necessidade da equipe de saúde de rever o controle alérgico e sedativo.

No contexto da produção de conhecimento, foram observadas lacunas no que tange, principalmente, à avaliação da dor sentida pelas mulheres durante a realização da braquiterapia. Foi possível contatar a incipiência de produções recentes sobre a referida

temática, o que pode impactar direta e negativamente na qualidade dos serviços prestados.

Reforça-se o importante papel do Centro de Pesquisas Oncológicas no tratamento da mulher com câncer ginecológico, em especial no Ambulatório de Radioterapia, pela qualidade no atendimento prestado, pelo cuidado à saúde das pacientes e pela constante busca por excelência em tecnologia e inovação na área de braquiterapia.

Propõe-se a realização de estudo quantitativo, abrangendo maior número de mulheres, a fim de atingir relevância estatística para identificação do perfil sociodemográfico e clínico, bem como da percepção dolorosa das mulheres durante a braquiterapia, fornecendo subsídios para o planejamento das ações e para a implementação de cuidados em saúde adequados às demandas das mulheres atendidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lúcia Helena Rios Barbosa de; PEREIRA, Yarla Brena Araújo de Sousa; OLIVEIRA, Thais Alexandre de. Radioterapia: percepção de mulheres com cancer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 61, n. 4, p.482-487, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400014>. Acesso em: 21 out. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Radiation Therapy for Cervical Cancer**.2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/treating/radiation.html>>. Acesso em: 21 out. 2018.

ARAÚJO, Cláudia Regina Gomes de *et al.* O Significado da Dor Para Mulheres em Braquiterapia Ginecológica: Abordagem Fenomenológica na Consulta de Enfermagem. **Cuidado é fundamental**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.612-618, jul. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6034/pdf_1> Acesso em: 21 out. 2018.

ARAÚJO, Claudia Regina Gomes de *et al.* The phenomenon lived by women in nursing consultation in the gynecological brachytherapy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 10 jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200335&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 out. 2018.

ARAÚJO, Cláudia Regina Gomes de; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. O Papel da Equipe de Enfermagem no Setor de Radioterapia: uma Contribuição para a Equipe Multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.54, n.3, p.231-237, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. 279 p.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.462-467, set. 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14956764-A-familia-frente-ao-adoecer-e-ao-tratamento-de.html>>. Acesso em: 21 out. 2018.

BARROS, Dejeane de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p.295-298, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

BARROS, Gisele Curi de. **Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo**. USP, 2007.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.283-290, abr./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAUN, Michael M.; OVERBEEK-WAGER, Erika A.; GRUMBO, Robert J..Diagnosis and Management of Endometrial Cancer. **Am Fam Physician**, Washington, v. 93, n. 6, p.468-474, 15 mar. 2016. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2016/0315/p468.html>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CAVALCANTE, Arthur *et al.* Relação da escolaridade com o número de mortes por câncer de colo uterino. **Revista Educação em Saúde**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.25-26, 28 nov. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/924>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CENTRE FOR MEDICAL PSYCHOLOGY AND - CeMPED. Evidence-based Decision-making. School of Psychology. The University of Sydney. **Recovering after Pelvic Radiation Therapy: A guide for women**. Sidney: [s. i.], 2006. 30 p.

CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS. **Radioterapia**. Florianópolis: CEPON, 2018. Disponível em: <<http://www.cepon.org.br/servicos/radioterapia.html>> Acesso em: 30 ago. 2018

CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. **Pesquisa Narrativa – Experiências e História em Pesquisa Qualitativa**. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILLEL/UFU: EDUFU, 2011.

CONDE, Carla Regiani; LEMOS, Talita Mayara Rossi; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer. **Enfermería Global**, Murcia, v. 17, n. 1, p.348-380, 30 dez. 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100348&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1931/2009 de 24 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília; 2009

COSTA, Simone de Melo *et al.* Implicações bioéticas na relação profissional de saúde e usuários: estudo junto aos acadêmicos dos cursos de saúde na Unimontes. **Odontologia Clínica Científica**, Recife, v. 9, n. 3, p.263-267, set. 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018.

COUTO, Raquel; BARROS, Dejeane de Oliveira. O tratamento radioterápico para o câncer do colo do útero: sentimento e percepções de mulheres idosas. **Memorialidades**, [s.l.], v. 6, n. 11, p.161-188, jun. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/125>>. Acesso em: 21 out. 2018.

CRUZ, Fernanda Strapazzon da; ROSSATO, Luciana Grazziotin. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: O Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.61, n. 4, p. 335-341, 2015.

ESTEVES, Sérgio Carlos Barros; OLIVEIRA, Antonio Carlos Zuliani de; FEIJÓ, Luís Fernando de Andrade. Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 5, p.337-341, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000500007>. Acesso em: 12 out. 2018.

FERENC, Sara *et al.* Physical and psychosocial side-effects of brachytherapy: a questionnaire survey. **Journal of Contemporary Brachytherapy**, [s.l.], v. 5, n. 7, p.381-386, out. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663207/>>. Acesso em: 21 out. 2018

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [online], v. 26, n. 2, p.265-272, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e Meio Ambiente**, [s.i.], v. 1, n. 1, p.173-187, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>>. Acesso em: 21 out. 2018.

HOFFMAN, Barbara L. *et al.* **Ginecologia de Williams**. [tradução de Ademar Valadares Fonseca *et al.*] 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. 1419 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência** – Rio de Janeiro: IBGE, 2010

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. – 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. **Quimioterapia**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101> Acesso em: 30 ago. 2018

_____. **Radioterapia**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100> Acesso em: 30 ago. 2018

_____. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. – 3. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2017. 108 p.

INSTITUTO ONCOGUIA (São Paulo). **Tratamento Radioterápico do Câncer de Colo do Útero**. 2014. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-radioterapico-do-cancer-de-colo-do-uterio/1288/285/>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

ISOYAMA-SHIRAKAWA, Yuko *et al.* Caudal epidural anesthesia during intracavitary brachytherapy for cervical cancer. **Journal of Radiation Research**, [s.l.], v. 56, n. 3, p.583-587, 6 abr. 2015.

KNIGHT CANCER INSTITUTE (Estados Unidos da América). Ohsu. **Social and Emotional Impacts of Cancer and Cancer Treatment**. 2016 Disponível em: <<http://www.ohsu.edu/xd/health/services/cancer/getting-treatment/services/cancer-survivorship/information-for-survivors/social-emotional-impact-cancer.cfm>>. Acesso em: 21 out. 2018.

KUMAR, Vinay *et al.* **Robbins e Cotran, bases patológicas das doenças** [tradução de Patrícia Dias Fernandes *et al.*]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LIMA, Sara Fiterman *et al.* Social representations about cancer among relatives of patient undergoing oncological treatment. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.1-6, set. 2016.

LINARD, Andrea Gomes; SILVA, Francisca Airlene Dantas e; SILVA, Raimunda Magalhães da. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p.493-498, out./dez. 2002.

LOPES, José Manuel Castro. **Fisiopatologia da dor**. Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. 36p.

MACHADO, Aline Rosa *et al.* Achados Citológicos em Pacientes com Captura Híbrida Positiva para Papilomavírus Humano em um Laboratório de Patologia de Criciúma. **Arq. Catarin Med.**, Florianópolis, v. 46, n. 4, p.62-71, dez. 2017.

MATTOS, Karine *et al.* Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 1, n. 8, p.1-6, 16 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/481>>. Acesso em: 21 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

MULGAN, Tim. **Utilitarismo**. [tradução de Fábio Creder] Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. - (Série Pensamento Moderno)

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=iso>.

NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL (Estados Unidos da América). **Assessment of Pain**. Disponível em: <http://americanpainsociety.org/uploads/education/section_2.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

OLIVEIRA, Pricilla Emmanuely; GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. Vivências e práticas de cuidado de mulheres em processo de tratamento de câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 7, p.2211-2220, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702211>. Acesso em: 12 out. 2018.

OTTAWA HOSPITAL. **A guide to your HDR brachytherapy for câncer of the cervix**. Ottawa: Ottawa Hospital, 2016. 18 p. Disponível em: <http://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/cp85b-hdr-brachy-therapy-of-cervix-english-april-2016.pdf/> Acesso em: 16 out. 2018.

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.270-276, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

PERES, Mario F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 1, p.82-87, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-60832007000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018

PESSI, Maira Roberta *et al.* Prevenção da estenose vaginal pós-braquiterapia: Intervenção de enfermagem. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p.3495-3502, set. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11433/13234>>. Acesso em: 21 out. 2018.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão. Dor no doente com câncer. In: PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri: Manole Ltda, 2006. Cap. 8. p.1-498.

PRADO, M. L.; BULNES, A. M.; PENÃ, L. M. **Metodología de la revisión de literatura en investigación**. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; MONTICELLI, M.; COMETTO, M. C.; GOMÉZ, P. F. [Editoras]. *Investigación cualitativa en enfermería – metodología y didáctica*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 200, n. 10. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2013. p.196-207.

QUEIRÓZ, Débora Taynã Gomes *et al.* DOR – 5º SINAL VITAL: Conhecimento de Enfermeiros. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p.7186-7192, abr. 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10477/11322>>. Acesso em: 21 out. 2018.

ROSA, Maria Inês; SEIBERT, Priscila; SILVA, Bruno Rosa. Acurácia do Teste de Papanicolaou no Diagnóstico de Lesões Precursoras do Câncer Cervical. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 5, n. 2, p.63-75, dez. 2016

ROSA, Maria Tereza Scramin; SALES, Catarina Aparecida. Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p.990-1003, out./dez. 2008.

RUBINI, Adriana Maria da Silva *et al.* Discursos de mulheres com câncer cervical em tratamento braquiterápico: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p.601-609, set./dez. 2012.

SALGADO, Nuno. A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. **Interações: Sociedade E As Novas Modernidades**, Coimbra, v. 12, n. 22, p.39-57, 09 nov. 2013. Disponível em: <<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/334>>. Acesso em: 12 out. 2018.

SCHOFIELD, Penelope *et al.* A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.39-50, 11 fev. 2013. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-39>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVA, Keila Brito *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 48, p. 240-248, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0240.pdf> Acesso em: 12 out. 2018.

SILVA, Marcela Ponzio Pinto *et al.* Métodos avaliativos para estenose vaginal pós-radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 1, n. 56, p.65-70, out. 2009.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da *et al.* O significado do câncer: Percepção de pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 7, p.6828-6833, dez. 2013.

SILVA, Rogério Matias Vidal da *et al.* A atual situação da braquiterapia de alta taxa de dose em colo do útero realizada no Brasil. **Radiologia Brasileira**, [s.l.], v. 47, n. 3, p.159-164, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842014000300159&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2018.

SILVA, Thiago Pereira da *et al.* O trabalho em sala de espera como dispositivo clínico: estrutura e função no processo de acolhimento em uma clínica-escola. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 756-771, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282016000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2018.

SOARES, Míbsam Lysia Carvalho Alves *et al.* O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.317-323, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200317&script=sci_abstract>. Acesso em: 12 out. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA (Bahia). **Câncer Ginecológico**. [s.l.] Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=112:cancer-ginecologico&catid=29&Itemid=123>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros *et al.* Multidimensional Pain Evaluation Scale. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.3-10, jan./fev. 2010.

SPECK, Neila Maria de Góis *et al.* Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.52-57, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 312 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas, Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). **Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante)**. – Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/arquivos/livreto_sae.pdf Acesso em: 26 set. 2018.

VIDAL, Maria Luiza Bernardo *et al.* Disfunção Sexual Relacionada à Radioterapia na Pelve Feminina: Diagnóstico de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n.59, v. 1, p. 17-24, 2013.

VIEIRA, Sabas Carlos *et al.* **Oncologia Básica**. 1 ed. Teresina-PI: Fundação Quixote, 2012. 324 p.

WIERMANN, Evanius Garcia *et al.* Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Belo Horizonte, v. 10, n. 38, p.132-143, out./dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Institut Català d'Oncologia. Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). **Human Papilloma vírus and Related Diseases Report in Brazil**. Geneva, 2017. Disponível em: <<http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/BRA.pdf>>. Acesso em> 12 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency of Research on Cancer. GLOBOCAN 2018. **CANCER TODAY - Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf> Acesso em: 12 out. 18.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM
CÂNCER GINECOLÓGICO
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados de Identificação Sociodemográficos:

Nome: _____

Codínome/ Codificação: _____

Idade: _____

Grau de instrução: () Fundamental I incompleto () Fundamental I completo
 () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo
 () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
 () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
 () Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa.

Registrar maior titulação: _____

Estado Conjugal: () solteira () casada
 () separada/divorciada () viúva
 () união consensual/estável

Cidade de Procedência: _____

Religião: () católica () espírita
 () evangélica () matriz africana
 () outra: _____

Dados Clínicos

Diagnóstico de Câncer (segundo prontuário): _____

Estadiamento de Câncer (segundo prontuário): _____

Terapêuticas utilizadas para o controle do câncer:
 () Braquiterapia () Teleterapia () Quimioterapia () Cirurgia

Número de braquiterapias prescritas: _____

Histerectomizada: () Sim () Não

Submetida à anestesia por sedação: () Sim () Não

Medicamentos utilizados durante ou após a braquiterapia para o controle da dor ou analgesia (segundo prescrição médica):

SIGNIFICADO DA DOR E DA BRAQUITERAPIA

O que significou para você precisar fazer a braquiterapia?

Que sentimentos ou desconfortos surgiram durante o tratamento?

AVALIAÇÃO DA DOR NA BRAQUITERAPIA (SEGUNDO RELATOS DA PARTICIPANTE):

Antes do início da braquiterapia (período anterior a todas as sessões de braquiterapia)

Característica da dor: Constante Intermitente Em aperto Em pressão
 Cólica Alfinetadas Queimação Formigamento
 Choque Ardência Ocasionalmente náuseas
 Outras: _____

Localização anatômica da dor: _____

Intensidade (0-10, segundo escala visual analógica): _____

Condutas adotadas pelas participantes do estudo para controle da dor:

Medicamentos utilizados e posologia

Durante os procedimentos de preparo para a braquiterapia (entre o posicionamento da mulher na mesa ginecológica e antes do início da aplicação da radiação)

Característica da dor: Constante Intermitente Em aperto Em pressão
 Cólica Alfinetadas Queimação Formigamento
 Choque Ardência Ocasionalmente náuseas
 Outras: _____

Localização anatômica da dor: _____

Intensidade (0-10, segundo escala visual analógica): _____

Condutas adotadas pelas participantes do estudo para controle da dor:

Medicamentos utilizados e posologia

Durante a aplicação da braquiterapia:

Característica da dor: Constante Intermitente Em aperto Em pressão
 Cólica Alfinetadas Queimação Formigamento
 Choque Ardência Ocasionalmente náuseas
 Outras: _____

Localização anatômica da dor: _____

Intensidade (0-10, segundo escala visual analógica): _____

Condutas adotadas pelas participantes do estudo para controle da dor:

Medicamentos utilizados e posologia

Durante o procedimento de retirada dos instrumentais:

Característica da dor: Constante Intermitente Em aperto Em pressão
 Cólica Alfinetadas Queimação Formigamento
 Choque Ardência Ocasionalmente náuseas
 Outras: _____

Localização anatômica da dor: _____

Intensidade (0-10, segundo escala visual analógica): _____

Conduas adotadas pelas participantes do estudo para controle da dor: _____

Medicamentos utilizados e posologia

Depois da braquiterapia (dor sentida no intervalo de tempo entre as sessões de braquiterapia)

Característica da dor: Constante Intermitente Em aperto Em pressão
 Cólica Alfinetadas Queimação Formigamento
 Choque Ardência Ocasionalmente náuseas
 Outras: _____

Localização anatômica da dor: _____

Intensidade (0-10, segundo escala visual analógica): _____

Conduas adotadas pelas participantes do estudo para controle da dor: _____

Medicamentos utilizados e posologia

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa intitulada Dor e significado da braquiterapia para mulheres com câncer ginecológico, desenvolvida pela Profa. Dra. Luciana Martins da Rosa e acadêmica de enfermagem (registrada no fim deste Termo), ambas vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina. Este estudo está sendo realizado no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) e tem como objetivo conhecer o significado da braquiterapia para mulheres com câncer ginecológico, na presença de dor avaliar sua intensidade. Sua participação se dará da seguinte forma: entrevista a ser realizada pela pesquisadora principal deste estudo, que investigará o significado da braquiterapia, desconfortos ou presença de dor antes, durante e após a braquiterapia. A entrevista será realizada antes da primeira e na última sessão de braquiterapia. Pedimos sua autorização para gravar suas respostas, assim entendemos que os registros serão mais rápidos. Pedimos também sua autorização para poder coletar de seu prontuário e da sua prescrição médica dados relacionados ao seu diagnóstico e medicamento para controle da dor durante a braquiterapia. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa e seu tratamento. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e que todos os dados serão tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que se houverem despesas, devidamente comprovadas, as mesmas serão ressarcidas pelas pesquisadoras do estudo. Não estão sendo previstos danos à sua saúde, podendo apenas ocorrer desconfortos frente a exposição emocional, a qual as perguntas poderão lhe causar. Caso estes desconfortos ocorram, a pesquisadora principal deste estudo lhe prestará a atenção devida para minimizar os desconfortos e se necessário solicitará apoio da equipe de saúde do CEPON, considerando que a entrevista será realizada neste cenário de cuidado. Diante de desconfortos a entrevista será suspensa e somente será retomada se autorizada pela senhora. Conforme preceitos legais, se este estudo lhe causar danos, diante de fatos devidamente comprovados, a senhora terá direito a indenização pelos pesquisadores do estudo. Os benefícios do estudo abrangem a identificação da dor sentida pela senhora, bem como o significado da dor e da terapêutica, pois mediante suas respostas e das outras mulheres que participarão deste estudo, serão estabelecidos os resultados desta investigação e diante dos mesmos será possível ampliar o conhecimento sobre a temática e melhorar os cuidados de enfermagem para o controle da dor de outras mulheres que serão submetidas à braquiterapia. Ainda informamos que esta pesquisa segue as determinações legais para pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012, sendo assim, todos os dados serão guardados por cinco anos pela pesquisadora principal deste estudo. A senhora

está neste momento recebendo duas cópias deste termo, devidamente assinadas e rubricadas, se a senhora concordar em participar deste estudo, pedimos que assine este documento e que guarde uma cópia com a senhora, a outra cópia será guardada pela pesquisadora principal deste estudo. Esclarecemos que, quando da publicação dos resultados deste estudo manteremos seu anonimato, e a divulgação dos resultados abrangerá a totalidade dos resultados da pesquisa, não questões isoladas, ou seja, apresentaremos os resultados de todas as participantes deste estudo, após análise, para que possamos contribuir com o desenvolvimento do conhecimento e para melhor cuidarmos de outras mulheres. Agradecemos sua atenção e colaboração. Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar:

Luciana Martins da Rosa, pesquisador responsável, Avenida Mauro Ramos, 1250, bloco A2, ap 31, ou Campus Universitário, Trindade Florianópolis, Centro de Ciência da Saúde, bloco I, sala 512., 48 3721-3455, ou 48 99812264. CPF: 853.602.879-34. Email: Luciana.m.rosa@ufsc.br

Ou ainda poderá procurar os Comitês de Ética que aprovaram o desenvolvimento deste estudo: Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado junto ao Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, Trindade, Florianópolis, telefone 48 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Oncológicas, Rua Admar Gonzaga, 655, telefone 3331- 1502, CEP: 88034-000. Email: cep@cepon.org.br Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Florianópolis, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável: Luciana Martins da Rosa

Assinatura: _____

Nome da Acadêmica de enfermagem coletadora dos dados, membro da equipe de pesquisa e pesquisadora principal: Erica Bernardes Duarte, CPF: 07326810907.

Assinatura: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, portadora da carteira de identidade ou CPF: _____ tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Fonte: Universidade Federal do Paraná (2014)

ANEXO B – PARECER COSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61720216.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.948.795

Apresentação do Projeto:

TCC que pretende entrevistar e avaliar prontuário de 103 pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores:

Avaliar a intensidade da dor relatada por mulheres com câncer do colo do útero submetidas à braquiterapia ginecológica. Conhecer o significado da dor e da terapêutica braquiterápica para mulheres com câncer do colo do útero submetidas à braquiterapia ginecológica. Descrever os perfil sociodemográfico e clínico de mulheres submetidas à braquiterapia de alta taxa de dose entre 2006 e 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.948.795

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_802232.pdf	04/11/2016 11:39:18		Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	04/11/2016 11:32:58	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuenciaeoutrasdeclaracoes.pdf	04/11/2016 11:32:04	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versaofinalnov.pdf	04/11/2016 11:30:27	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissosigiloconfidencialidade.pdf	30/09/2016 12:01:03	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcles.pdf	30/09/2016 12:00:41	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	30/09/2016 12:00:05	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Março de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61720216.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.575.587

Apresentação do Projeto:

Emenda para: alteração do cronograma da coleta de dados; alteração do termo braquiterapia para radioterapia no objetivo que abrange a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer ginecológico; inclusão de novo membro na equipe; alteração do momento da coleta de dados com as participantes do estudo, que antes havíamos registrado coleta na primeira e última sessão de braquiterapia e que neste momento solicitamos autorização para coleta somente na última sessão de braquiterapia. Além disto, a outra alteração incluída refere-se à exclusão do apêndice D registrado no projeto inicial, conforme recomendação do Comitê de Ética do CEPON, quando da primeira avaliação ética. em arquivo anexo esclarecemos todos os motivos.

Objetivo da Pesquisa:

Não se modifica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se modifica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se modifica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.575.587

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1057247_E1.pdf	20/12/2017 17:34:01		Aceito
Outros	Justificativadaemenda2017.pdf	20/12/2017 17:31:18	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcleemenda.docx	20/12/2017 17:30:45	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Prijetomandadez2017.docx	20/12/2017 17:30:26	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	04/11/2016 11:32:58	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuenciaeoutrasdeclaracoes.pdf	04/11/2016 11:32:04	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-versaofinalnov.pdf	04/11/2016 11:30:27	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissosigiloeconfidencialidade.pdf	30/09/2016 12:01:03	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcles.pdf	30/09/2016 12:00:41	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	30/09/2016 12:00:05	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



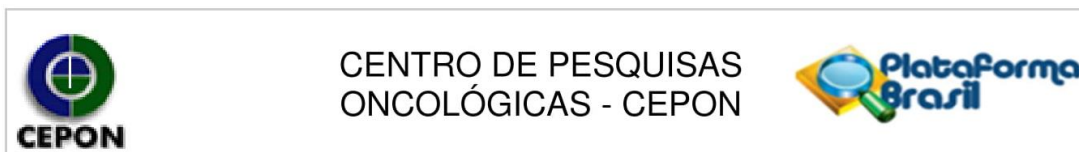
Continuação do Parecer: 2.575.587

Não

FLORIANOPOLIS, 02 de Abril de 2018

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61720216.1.3001.5355

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.650.136

Apresentação do Projeto:

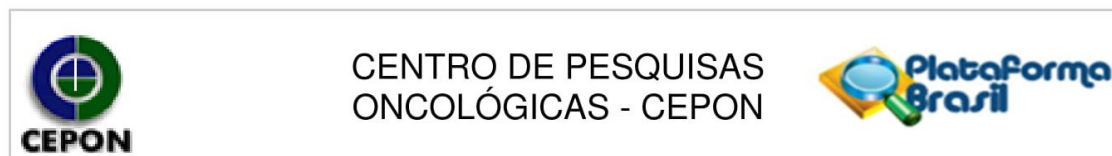
Trata-se de uma emenda do projeto: DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO. O estudo que envolve o câncer ginecológico e sua terapêutica, principalmente a braquiterapia e seus efeitos adversos, como a dor durante o procedimento que pode envolver aspectos emocionais ligados a este sintoma.

A emenda refere-se a algumas alterações no projeto, a saber:

1- Alteração do cronograma da coleta de dados: os pesquisadores relatam que não foi possível cumprir o cronograma inicialmente proposto, por problemas de disponibilidade de tempo da equipe de pesquisa, bem como horários de agendamentos da braquiterapia. Colocam ainda que aguardam a liberação dos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do CEPON do ano de 2015 e 2016, que devem ser disponibilizadas até o final de 2018.

2- Alteração do termo braquiterapia para radioterapia no objetivo que abrange a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer ginecológico: Esta alteração está sendo registrada, considerando que o RHC registra todas as braquiterapias como radioterapia, ou seja, não é possível diferenciar braquiterapia (radioterapia próxima ao tumor) e teleterapia (radioterapia externa) nos registros do RHC (o RHC segue as normas estabelecidas pelo INCA).

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.650.136

Os pesquisadores esclarecem que quanto a esta alteração, apesar da mudança do nome, haverá pouca mudança na investigação, pois quase a totalidade dos casos de mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia também são submetidas à teleterapia, ou seja, há associação destas duas modalidades de radioterapia para controle dos cânceres ginecológicos em praticamente 100% dos casos.

3- Inclusão de novo membro na equipe;

4- Alteração do momento da coleta de dados com as participantes do estudo, solicitando autorização para coleta somente na última sessão de braquiterapia.

5- Exclusão do apêndice D registrado no projeto inicial, conforme recomendação do Comitê de Ética do CEPON, quando da primeira avaliação ética.

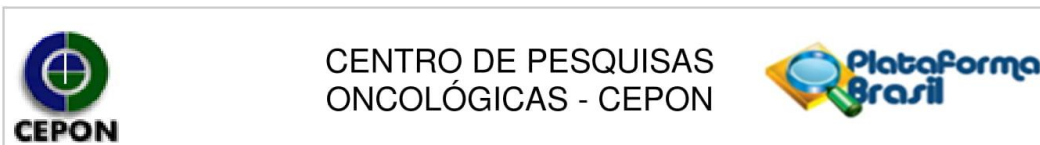
Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a intensidade da dor relatada por mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia.

Conhecer o significado da dor e da terapêutica braquiterápica para mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia.

Descrever os perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer ginecológico submetidas à radioterapia de alta taxa de dose entre 2006 e 2016.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.650.136

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de grande importância, uma vez que aborda aspectos relacionados ao câncer ginecológico e sua terapêutica.

A emenda justifica-se pela necessidade de algumas modificações claramente apresentadas no documento anexado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Justificativa da emenda
- TCLE
- Projeto principal com alterações

Recomendações:

Que sejam apresentados os resultados à equipe multiprofissional do CEPON, ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

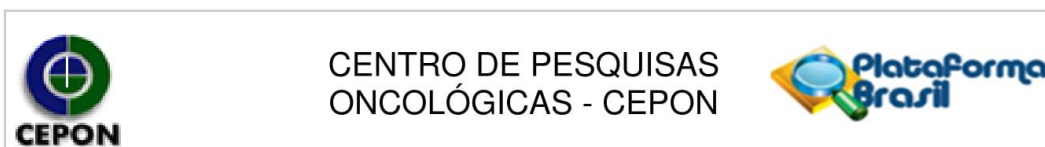
Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração ao projeto original deverá ser imediatamente comunicada ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais deverão ser encaminhados ao CEP/CEPON.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Justificativaemenda2017.pdf	20/12/2017 17:31:18	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcleemenda.docx	20/12/2017 17:30:45	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Prijetoemandadez2017.docx	20/12/2017 17:30:26	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.650.136

Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	04/11/2016 11:32:58	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoversaofinalnov.pdf	04/11/2016 11:30:27	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcles.pdf	30/09/2016 12:00:41	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 11 de Maio de 2018

Assinado por:
Luiz Roberto Medina dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS - CEPON



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOR E SIGNIFICADO DA BRAQUITERAPIA PARA MULHERES COM CÂNCER GINECOLÓGICO

Pesquisador: Luciana Martins da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61720216.1.3001.5355

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.014.249

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que envolve o câncer ginecológico e sua terapêutica, principalmente a braquiterapia e seus efeitos adversos, como a dor durante o procedimento que pode envolver aspectos emocionais ligados a este sintoma.

O estudo tem como principal objetivo avaliar a intensidade da dor relatada por mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia, conhecer o significado da dor e da braquiterapia para mulheres com câncer ginecológico e descrever os perfil sociodemográfico e clínico de mulheres submetidas à braquiterapia de alta taxa de dose entre 2006 e 2016. O estudo classifica-se como transversal, exploratório descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa e será realizado no ambulatório de radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), localizado no município de Florianópolis, Santa Catarina/Brasil. A população do estudo será constituída de mulheres submetidas à braquiterapia ginecológica não histerectomizadas, submetidas à terapêutica sob procedimento anestésico por sedação, e mulheres histerectomizadas submetidas à terapêutica sem procedimento anestésico. A amostra se constituirá de 103 mulheres. Para abordagem qualitativa o número de participantes incluídas no estudo se definirá por saturação dos dados.

Os dados serão coletados através de entrevista semi estruturada, antes da primeira e da última

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.034-000

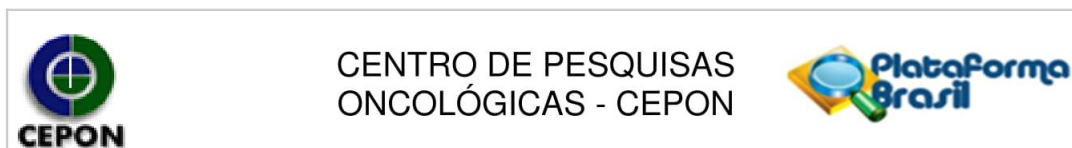
UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3331-1502

Fax: (48)3331-1502

E-mail: cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.014.249

sessão de braquiterapia prescrita. A entrevista investigará dados sociodemográficos, dados clínicos, de avaliação da dor e os significados da dor e da braquiterapia na percepção das participantes do estudo. Para a investigação do perfil sociodemográfico e clínico, serão incluídos dados do Registro Hospitalar de Câncer do CEPON, que serão solicitados ao responsável pelo Serviço (dados informatizados). Os dados quantitativos obtidos serão submetidos às medidas de frequência, tendência central e dispersão. Os dados qualitativos serão submetidos à análise de conteúdo. Os benefícios do estudo abrangem a identificação da dor percebida pelas mulheres em braquiterapia, bem como o significado da dor e da braquiterapia, identificação do perfil das mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia no Centro de Pesquisas Oncológicas ou seja, os objetivos deste estudo. Além disto, as melhorias nas ações de enfermagem e da equipe de saúde que podem ser instituídas a partir dos resultados deste estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a intensidade da dor relatada por mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia.
 Conhecer o significado da dor e da terapêutica braquiterápica para mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia.
 Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres submetidas à braquiterapia de alta taxa de dose entre 2006 e 2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

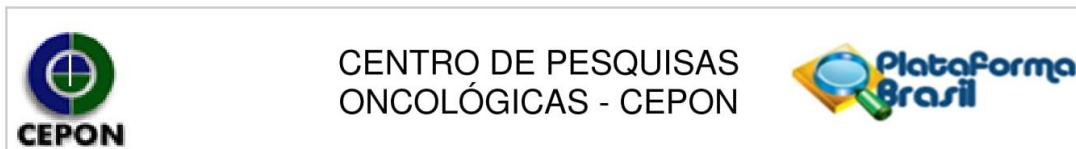
Riscos:

O estudo não oferece risco aos participantes, no entanto, como bem colocado pelas pesquisadoras: "poderá haver desconfortos emocionais frente aos questionamentos, lembranças não positivas, entre outros sentimentos".

Em relação a este tipo de desconforto, as pesquisadoras incluem em seu texto que a entrevista será suspensa e retomada em outra oportunidade mediante aprovação do participante da pesquisa, e que prestarão os cuidados necessários para amenizar tais desconfortos.

As pesquisadoras levam em consideração que o fato da coleta ser em uma unidade de saúde, teriam acesso facilitado caso seja necessário intervenção da equipe em relação à amenização dos desconfortos emocionais.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.014.249

Benefícios:

Os benefícios do estudo incluem uma identificação dos aspectos relacionados à dor e seus significados, e poderá contribuir e oferecer melhorias nas ações da equipe de saúde frente a estes processos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é de grande importância, uma vez que aborda aspectos relacionados ao câncer ginecológico e sua terapêutica.

Um dos principais tratamentos do câncer ginecológico é a radioterapia pélvica seguida de braquiterapia de alta taxa de dose. A braquiterapia envolve uma abordagem invasiva, que pode ou não ser realizada sob sedação, sendo assim, o estudo busca abordar aspectos relacionados à dor e seus significados, e certamente contribuirá com a comunidade científica, acadêmica e profissionais de saúde oferecendo subsídios que possam direcionar ações e melhorias nos cuidados de enfermagem e redução dos desconfortos sentidos pelas mulheres.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações apresentadas estão de acordo.

Recomendações:

- Utilizar somente 1(um) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os dados quantitativos e qualitativos.
- Antes de iniciar a pesquisa, obter um "de acordo" da equipe de Psicologia quanto à assistência, caso seja necessária, em virtude de alterações do estado emocional durante a entrevista.
- Que sejam apresentados os resultados à equipe multiprofissional do CEPON, ao final do estudo.

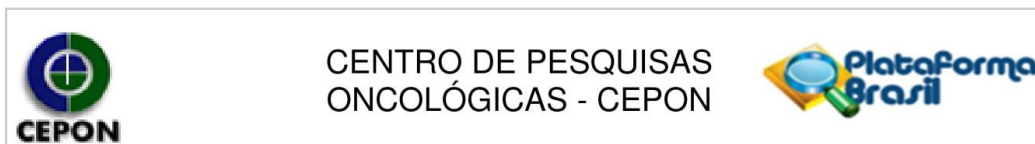
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo segue as determinações legais para a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012, e, de acordo com o tema e objetivos propostos, bem como a escassez de publicações relacionadas ao tema, está adequada sua realização nesta Instituição.

Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração ao projeto original deverá ser imediatamente encaminhada ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais deverão ser encaminhados ao CEP.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 2.014.249

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_802232.pdf	04/11/2016 11:39:18		Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	04/11/2016 11:32:58	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuenciaeoutrasdeclaracoes.pdf	04/11/2016 11:32:04	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetoersaofinalnov.pdf	04/11/2016 11:30:27	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromissosigiloeconfidencialidade.pdf	30/09/2016 12:01:03	Luciana Martins da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcles.pdf	30/09/2016 12:00:41	Luciana Martins da Rosa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	30/09/2016 12:00:05	Luciana Martins da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
Luiz Roberto Medina dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga,655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A aluna mostrou dedicação e interesse no desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Sua atuação na coleta e para a análise dos dados foi ressaltada pela Banca Examinadora. Este TCC agrupa vasto resultado científico, por este motivo foi necessária a elaboração de dois manuscritos que serão publicados em periódicos B1 ou A2, considerando a qualidade e ineditismo da investigação.

Florianópolis, 09 de novembro de 2018.

Assinatura manuscrita em azul da Prof.ª Dr.ª Prof.ª Dr.ª Luciana Martins da Rosa.

Prof.ª. Dr.ª. Prof.ª. Dr.ª. Luciana Martins da Rosa