

A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico

Daniela Ramos Oliveira*, Vera Lucia Fortunato Fortes**, Clarissa Colett Tramontina***, Thanyze Carvalho de Oliveira****, Felipe Brock****, Débora Corso****, Luiz Antonio Bettinelli****, Dalva Maria Pomatti****, Mônica Menezes Matte****, Jordana Brock****, Olga Luísa Guellen****

Resumo

Com o aumento da longevidade populacional, o câncer vem acometendo de forma significativa pessoas idosas, muitas dessas em tratamento oncológico. Diante disso, procurou-se avaliar como o idoso com câncer expressa sua condição de realizar quimioterapia ambulatorial em um hospital geral, macrorregional, de ensino, do norte do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa e descritiva, foi realizada com oito pacientes idosos que estavam em tratamento com, pelo menos, três aplicações. Esses responderam a entrevistas semiestruturadas, cujas falas foram submetidas à análise de conteúdo, suscitando as categorias

advindas do vivenciar a quimioterapia na idade avançada: “a descoberta do câncer”, “convivendo com a quimioterapia”, “apoio de familiares” e “o cuidado de enfermagem durante a quimioterapia”. O diagnóstico do câncer gerou sofrimento e medo da morte, sendo amenizado com o andamento das sessões de quimioterapia, que desencadearam sentimentos de fé e esperança. A família esteve presente como fonte de apoio e cuidado e a equipe de enfermagem foi percebida pela atenção e cuidado humanizado.

Palavras-chave: Câncer. Cuidado. Enfermagem. Envelhecimento. Quimioterapia.

- * Graduada em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo, assessora da chefia de Enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS, mestranda do programa de mestrado em Envelhecimento Humano - Universidade de Passo Fundo. Endereço: Rua Uruguai, 1141, apto. 401, Centro, CEP 99010-111, Passo Fundo - RS. E-mail: danirodani@yahoo.com.br.
- ** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Passo Fundo, responsável pelo serviço de hemodiálise do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo - RS, professora do curso técnico de Enfermagem do Centro de Ensino Médio Integrado - Universidade de Passo Fundo. Mestre em Assistência de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina.
- *** Graduada em Enfermagem pela Universidade Passo Fundo, enfermeira do centro cirúrgico do Hospital Cristo Redentor, Marau - RS.
- **** Graduada em Enfermagem pela Universidade Passo Fundo, enfermeira da UTI e Comissão de Controle de Infecção do Hospital de Caridade, Três Passos - RS.
- ***** Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, bolsista Pibic/UPF - Grupo de Pesquisa de Bioética e Cuidado Humano.
- ***** Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, bolsista/Pibic/UPF - Grupo de Pesquisa de Bioética e Cuidado Humano.
- ***** Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Caxias do Sul, professor Titular III do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, Doutor em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa de Bioética e Cuidado Humano
- ***** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Caxias do Sul, professora Titular III do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Mestre em Assistência de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa de Bioética e Cuidado Humano
- ***** Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de Passo Fundo, mestranda em Clínica Cirúrgica - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- ***** Graduada em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo, enfermeira do serviço de hemodinâmica do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo, pesquisadora do Grupo de Pesquisa de Bioética e Cuidado Humano.
- ***** Graduada de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Bolsista Pivic/UPF. Passo Fundo - RS.

Artigo publicado na forma de resumo no I Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (2010) e que foi selecionado para ser publicado neste suplemento da RBCEH como artigo completo.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.049

Introdução

Pessoas acima de oitenta anos constituem, aproximadamente, 1% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, constituindo o segmento da população que cresce mais rapidamente (WHO, 2005). No Brasil, nos últimos dez anos o número de pessoas acima de sessenta anos triplicou, mostrando índices de aumento de 47% contra 15,7% da população em geral. Projeções demográficas apontam que o contingente de idosos nos próximos 25 anos atingirá 32 milhões, destinando ao país a sexta nação em idosos no mundo (ARDEO et al., 2004).

No processo do envelhecer, as doenças crônicas não transmissíveis tendem aumentar de incidência, prevalência e mortalidade. Dentre essas pode passar despercebido ou associado a outras morbidades o câncer (TOLEDO; DIOGO, 2003). Com o passar do tempo, as agressões externas geram um acúmulo de danos ao DNA das células, levando a que ocorra o desenvolvimento das primeiras células neoplásicas. Assim, o envelhecimento é um importante fator para o surgimento de câncer (GADELHA; MARTINS, 2002).

Segundo relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer – OMS, o impacto global do câncer dobrou em trinta anos. Estimou-se que no ano de 2008 ocorreriam cerca de 12 milhões de novos casos de câncer e sete milhões de óbitos. O contínuo crescimento populacional, bem como seu envelhecimento, afetará de forma significativa o impacto

do câncer no mundo, principalmente nos países de médio e baixo desenvolvimento (BRASIL, 2009).

No Brasil as estimativas para o ano de 2010 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e do colo do útero, no sexo feminino. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas (BRASIL, 2009). No ano de 2008 foram registrados 1.869 casos de câncer no hospital do estudo, dos quais aproximadamente 57% estavam na faixa etária acima dos sessenta anos (Fig. 1). Com relação à localização do tumor primário, a frequência é demonstrada na Tabela 1. Conforme registro hospitalar, 473 pacientes realizaram quimioterapia exclusiva ou associada a outros tratamentos oncológicos. No serviço de oncologia ambulatorial atenderam-se, em média, 25 pacientes/dia, 80% pelo SUS (HSVP, 2009; 2010).



Figura 1 - Distribuição de casos de câncer segundo a faixa etária e sexo no Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo - RS, em 2008.

Tabela 1 - Casos de câncer mais frequentes por sexo, no Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, em 2009.

Localização topográfica (CID03)	Localização do tumor primário	Masculino		Feminino		Total	
		n	%	n	%	n	%
C44	Pele	159	15,3	103	12,4	262	14,0
C50	Mama	2	0,2	235	28,3	237	12,7
C61	Próstata	233	22,4	-	-	233	12,5
C34	Brônquios/pulmões	84	8,1	40	4,8	124	6,6
C42	SHR	54	5,2	35	4,2	89	4,8
C20	Reto	44	4,2	31	3,7	75	4,0
C18	Cólon	36	3,5	29	3,5	65	3,5
C16	Estômago	40	3,8	17	2,0	57	3,0
C53	Colo do útero	-	-	53	6,4	53	2,8
C21	Encéfalo	28	2,7	23	2,8	51	2,7
	Outras informações	359	34,6	264	31,8	623	33,3
Total		1.039	100,0	830	100,0	1.869	100,0

Nota: SHR = sistema hematopoiético e reticuloendotelial.

Diante desse cenário, fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer nos diferentes níveis de atuação, como na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do SUS (BRASIL, 2009).

O câncer é considerado uma das mais temidas doenças, apesar de apresentar possibilidade de cura quando o diagnóstico for precoce e a interrupção ocorrer em uma de suas fases. De acordo com o Inca, cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de sessenta anos. O aumento da expectativa de vida leva a que se eleve o tempo de exposição do ser humano aos fatores de risco. Por muito tempo a cura do câncer pareceu improvável, porém, com a evolução científica, tecnológica e farmacológica, está sendo possível melhorar a qualidade de

vida de pacientes cuja doença persiste e observar, em alguns casos, a remissão completa de neoplasias (MOHALLEM; SUZUKI; PEREIRA, 2007).

O diagnóstico do câncer é dificultado muitas vezes, pois seus sintomas são discretos e associados às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, o que pode implicar um diagnóstico tardio e dificultar na cura. Essas limitações decorrem do desconhecimento dos profissionais em diferenciar aspectos fisiológicos e patológicos e da não valorização das queixas de pacientes idosos (MOHALLEM; SUZUKI; PEREIRA, 2007). No idoso, o diagnóstico baseia-se em anamnese e exame físico. A qualidade do tratamento está relacionada com a acurácia diagnóstica e a indicação da terapia e o prognóstico dependem do tempo em que se dá o diagnóstico, se em fase inicial ou avançada (GADELHA; MARTINS, 2002). O tratamento pode ser feito por cirurgia, radioterapia, quimioterapia

pia, bioterapia e transplante de medula óssea. Em muitos casos há a combinação de modalidades (BRASIL, 2006).

A quimioterapia é um método que consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação. Quando empregada ao câncer, é chamada de “antineoplásica” ou “antiblastica”. Os antineoplásicos não destroem seletivamente as células tumorais; atingem também as células normais, sendo tóxicos aos tecidos de rápida proliferação, porém acarretam maior dano às células malignas, incidindo sobre o ciclo celular, numa sequência de eventos que culmina na divisão celular (BONASSA; SANTANA, 2005).

A administração dos quimioterápicos pode ser realizada em hospitais, clínicas oncológicas, consultórios especializados ou em unidades ambulatoriais. As drogas antineoplásicas têm como vias de administração a oral, intramuscular, endovenosa, subcutânea, intra-arterial, intratecal, intrapleural, intraperitonal, intravesical, intracavitária e tópica, sendo a mais usada a endovenosa. Independentemente da via de administração, deve-se ter cuidado com assepsia, proteção ao operador, velocidade de aplicação e efeitos adversos (BONASSA; SANTANA, 2005).

Os aspectos farmacológicos e citocinéticos de cada agente quimioterápico, o intervalo potencial de duplicação tumoral e o período de toxicidade aos tecidos normais são considerados para composição dos protocolos. O ideal é administrar novamente a droga antes da recuperação do crescimento tumoral. Os tecidos normais recuperam-se mais

rapidamente que os cancerígenos; por isso, os protocolos estabelecem drogas, doses, sequências e intervalos com base nesses princípios (SILVA, 2007).

Os efeitos adversos da quimioterapia incidem, predominantemente, sobre células de rápida divisão, em especial do tecido hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e epitélio de revestimento do aparelho digestório (BONASSA; SANTANA, 2005). A monoquimioterapia mostra-se ineficaz para obter respostas significativas totais ou parciais. A poliquimioterapia tem sua eficácia comprovada por atingir populações celulares em suas diferentes fases, gerar maior resposta por dose administrada e diminuir o desenvolvimento de resistência às drogas (BRASIL, 2006).

Giglio, Sitta e Jacob Filho (2002), citando Extermoann, orientam que o idoso com câncer deve ser avaliado de maneira global, individualizada e cuidadosa, pois a análise clínica inicial é fundamental para a conduta subsequente. Essa avaliação permite estimar a sobrevida desses idosos, que depende da idade cronológica, da presença de depressão e nível de independência funcional e cognitiva. A avaliação clínica oncogeriatra permite reconhecer o estado de fragilidade, estado funcional e sua sobrevida, analisar a capacidade de tolerar o tratamento antineoplásico e identificar o estado nutricional e também o apoio social para enfrentar o tratamento, pois o idoso frágil com câncer geralmente tem uma expectativa de vida muito pequena, exibindo maior toxicidade aos antineoplásicos, e acaba merecendo apenas cuidados paliativos.

Considerando um estereótipo de que o idoso, por já ter vivido muitos anos e teoricamente estar mais próximo da morte, não necessitaria de investimentos em terapêuticas mais complexas, mas de medidas somente paliativas, as intervenções oncológicas contemporâneas invalidam esse pensamento. Na atualidade observam-se muitas vezes a família, os profissionais e o próprio idoso questionarem a eficácia do tratamento nessa fase da vida, parecendo ser natural um desinvestimento terapêutico.

A realidade do tratamento do câncer a idosos começa a mudar, pois já se anuncia a introdução de protocolos de quimioterapia a pacientes com mais de setenta anos. A universalização da terapia anticâncer em breve se tornará possível em virtude da disponibilização dos agentes dirigidos a alvos moleculares específicos (quimioterápicos inteligentes), que, além da baixa toxicidade, são bem tolerados e fornecem uma maior eficácia e segurança, transformando, assim, o tratamento do câncer como o de uma doença crônica (FREDERICO; CASTRO JUNIOR, 2009).

Para que o idoso com câncer consiga ter o poder de decisão ao tratamento, é necessário elucidar o diagnóstico, os benefícios, as diversidades do tratamento e o prognóstico. Essa tarefa cabe aos profissionais da saúde, que têm o dever de esclarecer os direitos do idoso e as condições de fazer suas escolhas e se submeterem a diferentes tratamentos nessa fase da vida. Com base nesse referencial, este estudo teve como objetivo avaliar como o idoso com câncer expressa sua condição de realizar o tratamento quimioterápico

ambulatorial e como concebe o cuidado de enfermagem durante a quimioterapia no serviço de oncologia de um hospital do norte do Rio Grande do Sul.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativo descritivo, realizado em uma unidade de quimioterapia de um hospital geral, de grande porte, de ensino e de abrangência macrorregional do interior do Rio Grande do Sul. Está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende a uma demanda de aproximadamente trinta mil internações ao ano de pacientes procedentes de Passo Fundo, de outros municípios do estado e de outros estados da federação (HSVP, 2009).

A estrutura do serviço de quimioterapia conta com 14 médicos, sendo sete oncologistas clínicos, dois cirurgiões oncológicos, três hematologistas, um clínico da dor e um oncologista pediátrico, duas enfermeiras, uma delas especialista em oncologia, e quatro técnicos de enfermagem. Também tem em seu quadro organizacional psicóloga, nutricionista, assistente social, secretárias e auxiliares de higienização.

Participaram do estudo oito pacientes idosos em tratamento quimioterápico. Os critérios de inclusão foram: participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); idosos com diagnóstico confirmado de câncer, de ambos os sexos, independentemente da escolaridade, plano de saúde, procedência e estado civil, informados do diagnóstico, recebendo pelo menos três

aplicações em qualquer uma das vias de administração. Foram excluídos do estudo pacientes portadores de demência, com alterações cognitivas, em estágio avançado da doença, muito debilitados, com déficit ou seqüela neurológica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, com as seguintes questões norteadoras: “Fale sobre a vivência de estar fazendo quimioterapia e como você vê a enfermagem no cuidado enquanto está aqui fazendo tratamento”.

A pesquisa atendeu aos requisitos da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo nº 319/2007. O seu desenvolvimento foi autorizado pela instituição hospitalar e todos os participantes assinaram o TCLE.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2002). Para resguardar o anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas como entrevistas 1, 2, sucessivamente. Após a digitação das entrevistas, realizou-se a leitura flutuante das falas dos sujeitos determinando-se as unidades de significado e as categorias, confrontando com a literatura e propostas inferências a partir de resultados significativos e válidos.

Resultados e discussões

A idade média dos idosos foi de 65 anos, do total de cinco mulheres e três homens, cinco eram casados. Quanto à escolaridade, dois pacientes eram analfabetos, dois tinham ensino superior e

os demais, o ensino fundamental incompleto. Cinco realizaram o tratamento pelo SUS.

Com base nas falas advindas dos questionamentos, foram construídas as categorias, a descoberta do câncer, convivendo com a quimioterapia, apoio de familiares e o cuidado de enfermagem durante a quimioterapia.

a. A descoberta do câncer

Os pacientes relataram que postergaram a procura por ajuda médica, pois, mesmo apresentando sintomas que denunciavam algum tipo de problema de saúde, a busca pelo atendimento se deu quando as manifestações geraram grande desconforto e interferiram no cotidiano.

Descobri que eu tava doente faz uns dois anos, porque comecei a ficar mal, não conseguia respirar direito e sentia umas fígadas nas costas... Fui no médico, me mandou fazer exames, disse que eu tinha um câncer no pulmão. (Paciente 1)

Descobri que tinha câncer na mama porque apareceu um caroço no meu seio direito. Aí passou um tempo e o caroço cresceu, descobri que era um câncer. (Paciente 2)

Começou uma dor forte na barriga e às vezes eu até vomitava, fui no hospital da minha cidade... até que o médico me disse que eu tinha câncer no pâncreas. (Paciente 3)

Há três anos achei um caroço na mama. Fique encucada. Fui na benzedeira. Após quatro meses, vi que o caroço não sumia, só aumentava, me obriguei ir no médico. (Paciente 4)

Infelizmente, o diagnóstico do câncer é tardio, existe pouca informação ou coexiste uma subvalorização dos sinais

e sintomas. Autores reiteram que o rastreamento procura detectar grupos com probabilidade relativamente alta de desenvolver certo tipo de doença numa dada população exposta aos fatores de risco, como ocupação, estilo de vida, idade e outros (CRESPO; SILVA; KOBAYASHI, 2007).

Ao defrontar com o diagnóstico de câncer, uma doença que traz tantos sofrimentos, preocupações e abnegações, cria-se uma situação desestruturante não só para a pessoa acometida, mas também para todas as que a cercam, uma vez que se veem surpreendidas por um momento de grande estresse, que leva a mudanças de comportamento (COSTA; LEITE, 2009).

É inegável que a confirmação de um diagnóstico de câncer é amedrontador e, diferentemente de outras doenças crônicas incuráveis, o câncer, mesmo com a chance de cura, é rondado pela incurabilidade e perniciosidade. Todos relataram que a notícia da doença foi contundente, que ficaram ansiosos, tristes e com medo da morte.

[...] aí me apavorei. (Paciente 1)

[...] achei que ia morrer, chorava, muito. Até parei de dirigir, não saía mais de casa. Foi um impacto muito grande. (Paciente 2)

Quando se fala em câncer a gente se apavora. (Paciente 3)

Mesmo informada, senti muita ansiedade no início. (Paciente 7)

Foi um choque grande, pelo nome da doença. (Paciente 8)

A identidade de uma pessoa geralmente é abalada quando submetida à vivência de um intenso sofrimento,

como aquele gerado pela presença do câncer e seu tratamento. O impacto do diagnóstico, a realização de uma cirurgia mutiladora, a submissão a um tratamento quimioterápico e radioterápico prolongado, as limitações impostas, a redução das atividades diárias e sociais e a incerteza do futuro são alguns aspectos que influenciam fortemente na vida da pessoa (PETUCO; MARTINS, 2006).

O diagnóstico que revelou “o câncer” causou grande impacto emocional, evocando sentimentos de incurabilidade e terminalidade. Conforme Costa e Leite (2009), ao abordarem o enfrentamento de pacientes oncológicos diante da mutilação, todo o contexto da doença e tratamento pode gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade.

Diante do diagnóstico do câncer, os doentes entram em contato com a possibilidade da própria morte, o que os leva a pensar sobre sua vida, seus valores, sua espiritualidade e suas crenças. Cada paciente enfrentará de forma particular cada fase desde a descoberta (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

Depoentes que passaram pelo câncer de mama corroboram que descobrir um câncer é apavorante, pois não se trata de uma doença comum; é classificado como pior do que o próprio tratamento; que a pessoa não dura mais de um ano; é, mesmo, uma sentença de morte e, ainda na atualidade, é uma palavra pesada (BASEGIO, 2003).

b. Convivendo com a quimioterapia

Apesar do efeito devastador que a descoberta do câncer ocasionou, todos os pacientes estavam conscientes de seu diagnóstico e confiantes em seu tratamento, acreditando na cura completa de sua doença. A maioria relata estar se sentindo bem, e ter notado uma melhora significativa em suas vidas após o início do tratamento quimioterápico. Três pacientes relataram desconfortos em razão da toxicidade.

[...] me sinto bem enquanto tô fazendo as químio, nunca me deu nada nem passei mal. Achei que melhorei depois que comecei a fazer [...]. Acho até que eu podia parar. (Paciente 1)

Eu acho que vale a pena encarar o tratamento, porque, olha só, eu vivo muito bem, nunca passei mal [...]. (Paciente 2)

O que me incomoda um pouco é quando saio daqui tenho vontade de vomitar e um pouco de febre [...]. (Paciente 3)

Não tive nada que a maioria tem, saio da químio vou jogar cartas. (Paciente 5)

[...] incomoda ficar parada, quieta. Pegam a veia, dão remédio para não ter reação. Tomo muita água, suco, chá, chimarrão. (Paciente 6)

Tenho dificuldade para caminhar e para o sono. (Paciente 7)

Eu me sinto bastante franco, dá muita náusea. (Paciente 8)

No passado, em virtude de despreparo ou do “medo”, os pacientes idosos portadores de câncer, com raras exceções, eram submetidos a tratamento e, quando o faziam, recebiam “subtratamento”; perdendo muitas vezes a chance de cura. Com o advento de novas técnicas cirúr-

gicas, da moderna radioterapia e com o surgimento de novos quimioterápicos, aquele despreparo inicial está sendo paulatinamente vencido. Hoje, pode-se afirmar que a idade isoladamente não contraindica o tratamento de qualquer câncer (SOARES; MOLINA; CARDOSO, 2006).

O processo estressante que permeia o câncer, desde a suspeita diagnóstica, o tratamento até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer esforços de enfrentamento da situação, sendo a tarefa primordial reconquistar o equilíbrio psíquico apropriado (FREUD, 2003). Costa e Leite (2009) citam medidas de autocontrole utilizadas como estratégias de enfrentamento: procurar não sofrer por antecipação, acalmar-se e minimizar o problema, diminuindo a carga de estresse trazida por este. Outra estratégia é a busca pelo suporte emocional provido pelos familiares.

Além do hematopoiético, cutâneo e gastrointestinal, outros órgãos ou sistemas podem ser afetados pelas drogas quimioterápicas, em maior ou menor grau, de uma forma precoce ou tardia, aguda ou crônica, às vezes em caráter cumulativo e irreversível. Indivíduos portadores de neoplasias passíveis de cura podem e devem ser expostos a tratamento intenso, cumprindo com rigor esquemas propostos pelos protocolos (BONASSA; SANTANA, 2005).

Os idosos mencionaram a fé em Deus como forma de conforto:

Sempre acreditei no tratamento. Saio ruim daqui, mas não é motivo pra parar. Graças a Deus que têm recursos pra essa doença. (Paciente 3)

Acredito no tratamento. Sempre que tenho que vim pro hospital, levanto cedo, tomo banho, me arrumo, não tenho preguiça. Sei que é pra melhorar. Entreguei na mão de Deus, ele sabe o que faz. (Paciente 4)

A oração me anima. Coloco nas mãos de Deus. (Paciente 7)

O bom é que a gente quer ainda lutar, viver mais um tempo, tem que enfrentar [...]. (Paciente 8)

A fé em Deus diante da quimioterapia consistem num “porto seguro” para os pacientes, sendo fator determinante para confiarem e continuarem o tratamento, pois, agregado à religiosidade, se sentirão mais confiantes e com disposição para enfrentar a doença. O estado de espírito do idoso com câncer será positivo e animador quando alguém superior se faz presente em sua vida, além dos amigos e parentes. Deus é um diferencial para superar a doença com mais segurança (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2007).

Após passar pelo tratamento de câncer, o balanço é que o momento presente deve ser vivido intensamente e que coisas que outrora eram prioridade deixaram de ser preocupação. Da mesma forma, as situações penosas servem para rever a vida e não superdimensionar problemas (BASEGIO, 2003).

O processo de enfrentar uma doença ameaçadora à vida e cerceado por tanto estigma como o câncer busca produzir comportamentos que reajustem o psíquico, de modo que a pessoa possa suportá-la e lidar com ela de maneira mais positiva. Pacientes com câncer pós-cirurgia mutiladora elaboraram formas de enfrentamento baseadas na emoção e no problema. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a reflexão

sobre o problema de saúde e o suporte religioso (COSTA; LEITE, 2009).

c. Apoio dos familiares

Os pacientes relataram que sempre receberam total apoio familiar, o que os auxiliou a enfrentar a doença e o tratamento.

[...] sempre recebi ajuda da minha mulher e dos meus filhos... daí eu fiquei mais confiante. (Paciente 1)

Meus filhos que fazem tudo por mim, me dão forças, não me deixam desanimar. Não tenho o tempo em pensar em coisa ruim. (Paciente 2)

[...] sempre recebi apoio da família, mulher e filhos me deram força para encarar o que tivesse que fazer. (Paciente 3)

[...] quando ficaram sabendo, se assustaram mais que eu, mas sempre do meu lado, ajudando no que precisava. (Paciente 4)

[...] a família me dá muito apoio, sempre atenta. (Paciente 8)

O apoio familiar é um dos principais recursos externos para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do câncer, enquanto o paciente trava uma luta contra a doença, pois o apoio e ajuda a lidar com esse estresse (COSTA; LEITE apud WORTMAN, 2009). A família, aliada aos recursos farmaco-tecnológicos e profissionais, é copartícipe do processo terapêutico, pois, segundo Soares, Molina e Cardoso (2006), desempenha um papel muito importante na assistência do ser com câncer, particularmente na promoção do conforto e segurança ao doente.

A família também sofre com o estresse de lidar com as necessidades emocionais do paciente com câncer e

em quimioterapia, o que é uma questão difícil para seus membros (COSTA; LEITE apud BLANCHARD; ALBRECHT; RUCKDESCHEL, 2009). Assim, para que se sintam mais seguros devem ser orientados quanto às rotinas e o que é permitido ser feito ou não pelo paciente (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

Por estar presente durante todo o período da doença a família merece atenção dos profissionais de saúde. A enfermagem necessita incentivar a participação da família no tratamento e orientar sobre a necessidade de um ambiente harmônico e tranquilo em todas as fases do processo. Paciente e familiares devem estar bem informados sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (CRESPO; LOURENÇO, 2007). Durante as sessões de quimioterapia ambulatorial, o enfermeiro deve acolher a família do paciente, facilitando sua aproximação, permitindo que faça parte do processo, promovendo um cuidado humanizado bidirecional, o que repercutirá na segurança do paciente.

d. O cuidado de enfermagem durante a quimioterapia

Os pacientes destacaram a atenção da equipe de enfermagem durante a realização das sessões. Relataram que naquele momento tão difícil de suas vidas, os enfermeiros foram prestativos e estavam sempre disponíveis para atendê-los.

[...] ah, as gurias aqui sempre me atendem muito bem, não tem do que reclamar, dão sempre atenção para todo mundo. (Paciente 1)

[...] aqui é tudo muito limpo, bem higiênico
[...] as meninas são bem atenciosas, são

bem legais, não tenho queixa nenhuma. (Paciente 2)

[...] sou muito bem cuidado. As enfermeiras não deixam faltar nada, elas sempre me recebem bem. Cuidam muito bem da gente. (Paciente 3)

São atenciosos, preocupados, seguidamente vêm me olhar. (Paciente 5)

[...] sempre ficam ao lado até terminar, me sinto bem cuidada. (Paciente 6)

[...] eu sou bem tratado aqui. (Paciente 8)

O enfermeiro é o membro da equipe de saúde que, geralmente, permanece ao lado do paciente durante o processo saúde-doença, sendo elemento primordial no sucesso do tratamento. Figura como facilitador e minimizador dos desconfortos trazidos pela doença oncológica e tratamento empregado; por isso, necessita estar preparado para enfrentar as frequentes frustrações de um tratamento muitas vezes sem retornos gratificantes (LEITE apud KOWALSKI, 2007). O resultado de estudo demonstrou que, quando os pacientes percebem boa receptividade e sentem-se confortados, o tratamento é permeado por sentimentos de tranquilidade, alegria, satisfação, ânimo, segurança e compreensão (PROCHET; RUIZ; CORREA, 2006).

Na quimioterapia ambulatorial há uma proximidade territorial entre equipe de enfermagem e paciente. Nesse local, inúmeros doentes com o diagnóstico informado ou não passam pela mesma situação, recebem a terapêutica oncológica conforme o protocolo e as intervenções técnico-cuidativas da enfermagem. Leite (2007) reitera que nesse contexto é fundamental que os pacientes recebam uma assistência humanizada.

O enfermeiro pode contribuir por meio do processo de enfermagem para que o paciente verbalize seus sentimentos; deve identificar problemas; auxiliar a mobilizar fontes de ajuda, informações, busca de soluções; permitir tomadas de decisões sobre o tratamento e levar a pessoa ao autocuidado (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Humanizar a assistência de enfermagem vai além da competência técnica ou científica. Antes de ser profissional, deve ser uma atitude individual, pessoal, permeada por valores de solidariedade, compreensão, respeito ao outro, às limitações, à dor e ao sofrimento humano, à perseverança, à vida e à morte (LEITE, 2007). O enfermeiro necessita estar atento ao contexto que envolve o seu paciente e, com base nisso, programar individualmente a melhor assistência, utilizando-se dos recursos necessários ao restabelecimento do paciente e alívio do seu sofrimento. Sua atuação envolve os aspectos assistenciais, gerenciais, educacionais e de pesquisa (KURASCHIMA; SERRANO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2007).

Conclusão

Os participantes do estudo demonstraram clareza do diagnóstico do câncer, perceberam os sinais e sintomas continuados que denunciaram o problema. Demoraram a buscar recurso, sentiam-se esperançosos com o tratamento, mencionaram a fé como impulsionadora para levar adiante o tratamento, apesar de alguns para efeitos mencionados. Contavam com o apoio de seus familiares e todos foram unânimes em afirmar de se sentirem satisfeitos com o atendimento de enfermagem, sendo bem cuidados,

pois houve demonstração de atenção, carinho e respeito.

O câncer traz impactos sociais, afetivos, econômicos e emocionais importantes no paciente e na família, pois o prognóstico nem sempre é favorável. Os avanços tecnológicos permitem aumentar a esperança para uma melhor qualidade de vida e de cura. Porém, a tecnologia e o tratamento são insuficientes para dar conta da multidimensionalidade do viver do paciente em quimioterapia. Para tanto é necessário um trabalho multidisciplinar.

O cuidado e as repercussões no grupo de idosos em quimioterapia revelaram que o processo de adoecer não é um acontecimento individual, porque abrange não só a dimensão corporal, mas também as relações familiares, sociais e culturais. O câncer e o tratamento quimioterápico geram desequilíbrios que vão além do aspecto fisiológico e da alteração da imagem corporal; por isso, exige também a reorganização em diferentes dimensões da vida do paciente e de sua família.

A identificação da doença e a necessidade de quimioterapia provocaram impactos nos idosos, porque o câncer muitas vezes é considerado um “inimigo”, afetando não só o físico do paciente, mas também as dimensões psicológicas, espiritual e social. Para tanto, somente a intervenção medicamentosa e tecnológica não são suficientes. Nesse sentido é imprescindível fornecer ao paciente uma rede de apoio multidisciplinar com ações que deem suporte para o enfrentamento da situação durante todo o processo.

A satisfação com o cuidado de enfermagem ficou evidente em razão do diálogo existente no setor da quimioterapia,

fortalecendo a relação profissional/paciente, demonstrando que o cuidado vai além da tecnologia e das tarefas/técnicas. São necessárias atitudes de respeito e atenção, fatores que facilitam a criação de laços afetivos com essas pessoas. Os profissionais da enfermagem precisam demonstrar abertura e acolhimento nos relacionamentos no processo do cuidado nesse ambiente, por haver muito estresse, angústia, sofrimento e insegurança decorrentes da doença. Por outro lado, existem muita expectativa e esperança desses idosos em continuar vivendo.

Nessa perspectiva, o idoso em quimioterapia, e após ter passado por uma trajetória de intervenções, sente-se confiante na resposta positiva de seu tratamento. Não menciona que a idade avançada seja um empecilho ou que o impossibilite de realizar a quimioterapia, dando a entender que todos merecem investimentos que possibilitem, mesmo diante do temido “câncer”, buscar uma vida com dignidade humana.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados para ampliar o conhecimento sobre o itinerário, significados e repercussões na vida de idosos com câncer em tratamento quimioterápico.

The elderly experiencing the condition of a chemotherapeutic treatment

Abstract

With the rise of the population longevity, a significant number of elderly have been diagnosed with cancer, many of those under oncological treatment. In light of this, it was assessed how the elder people diagnosed with cancer express their condition of undergoing ambulatory chemotherapy in a general, macro regional, teaching hos-

pital in northern Rio Grande do Sul. This qualitative and descriptive research was carried out with eight elder patients who have been under treatment for at least three applications. They answered semi-structured interviews, whose lines were subjected to content analysis, evoking the categories from the chemotherapy experience in old age: “the discovery of cancer”, “experiencing chemotherapy”, “family support” and “the nurse care during chemotherapy”. The cancer diagnosis created suffering and fear of death, it was eased through the chemotherapy sessions which triggered feelings of faith and hope. The family has been present as a source of support and care and the nurse staff was perceived by its attention and humane care.

Keywords: Aging. Chemotherapy. Oncogeriatrics.

Referências

- ARDEO, V. et al. A inflação da terceira idade. Conjuntura Econômica. *Fundação Getúlio Vargas*, São Paulo, v. 58, n. 7, p. 68-74, 2004.
- BASEGIO, D. L. *Por que eu? A mulher e o câncer de mama*. Passo Fundo: UPF, 2003.
- BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96 Pesquisa com seres humanos*. Brasília, 1996
- _____. Instituto Nacional do Câncer. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil - Instituto Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2009.
- COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*,

Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.
CRESPO, A. S.; LOURENÇO, M. T. C. No impacto psicológico da doença. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). *Enfermagem oncológica*. Barueri: Manole, 2007, p. 141-148.

CRESPO, A. S.; SILVA, A. M.; KOBAYASHI, R. M. Prevenção, rastreamento e detecção precoce do câncer. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). *Enfermagem oncológica*. Barueri: Manole, 2007. p. 21-46.

FREDERICO, M. H. H.; CASTRO JÚNIOR, G. Princípios da terapia sistêmica do câncer. In: MARTINS, M. A. et al. (Org.). *Clínica médica: doenças hematológicas, oncológicas, doenças renais e quimioterapia*. São Paulo: Manole, 2009, p. 511-520.

GADELHA, M. I.; MARTINS, R. G. Neoplasias no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 712-717.

GIGLIO, A.; SITTA, M. C.; JACOB FILHO, W. Princípios de oncogeriatrics. *Revista Brasileira Clínica e Terapêutica*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 127-132, maio 2002.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. *Registro hospitalar de câncer*. Passo Fundo: HSVP, 2009.

_____. *Relatório social 2009*. Passo Fundo: Maraúgraf, 2010.

LEITE, R. de C. B. O. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. (Org.). *Enfermagem oncológica*. Barueri: Manole, 2007, p. 187-196.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 944-950, nov./dez. 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOHALLEM, A. G. C.; SUZUKI, C. E.; PEREIRA, S. B. A. Princípios da oncologia. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. *Enfermagem oncológica*. São Paulo: Editora Manole, 2007, p. 3-20.

PETUCO, V. M.; MARTINS, C. L. A experiência da pessoa ostomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 2, p. 134-141, mar./abr. 2006.

PROCHET, T. C.; RUIZ, T.; CORREA, I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? *Revista Nursing*, Barueri, v. 94, n. 9, p. 713-718, mar. 2006.

SILVA, L. M. G. Quimioterapia. In: MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. *Enfermagem oncológica*. São Paulo: Manole, 2007, p. 61-88.

SOARES, C. A.; MOLINA, M. A. S.; CARDOSO, R. C. S. Estar com um ente querido com câncer: concepções dos familiares. *Revista Nursing*, Barueri, v. 97, n. 8, p. 878-882, jun. 2006.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 159-166, jul./set. 2007.

TOLEDO, E. H. R.; DIOGO, M. J. D. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. *Revista Latino Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 707-712, nov./dez. 2003.