

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JULIANA JÉSSY BONINI

**PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO
AMBULATORIAL: conhecimento após o grupo de orientações**

Porto Alegre

2014

JULIANA JÉSSY BONINI

PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO
AMBULATORIAL: conhecimento após o grupo de orientações

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Ms Ivana de Souza Karl

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

É com imensa satisfação que presto meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho. Meu agradecimento inicial é para os meus pais, Mauro e Elizete, que desde sempre incentivaram meus estudos e dedicaram suas vidas para minha formação acadêmica. Sabemos que essa trajetória teve momentos de dificuldades, mas sem o amor e o apoio de vocês teria sido impossível. Pai e mãe, todas as palavras do mundo seriam insuficientes para expressar a minha gratidão!

Por ser uma pessoa fundamental nessa trajetória e por contribuir decisivamente na minha escolha pela Enfermagem, agradeço ao meu lindo João Pedro, meu noivo, pelo companheirismo, cumplicidade e paciência, por ouvir minhas angústias sempre com palavras positivas e reconfortantes, por ter se mostrado sempre compreensivo nos momentos de ausência e ansiedade e, principalmente, por ser o meu anjo da guarda.

Agradeço, também, à Prof^ª Ms. Ivana de Souza Karl, que acreditou no meu potencial e me acolheu desde o início da graduação; também sou grata pelos ensinamentos e pelos momentos de trocas e conversas para a elaboração desse trabalho.

Um agradecimento especial às enfermeiras da Unidade de Quimioterapia Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo carinho e pelo auxílio prestado durante o estágio curricular e na coleta de dados para esse estudo. Do mesmo modo, meus agradecimentos especiais aos pacientes que se disponibilizaram a responder a entrevista proposta.

Por fim, agradeço a todos que fazem parte da minha vida, e que de uma maneira ou de outra contribuíram para a minha formação e me apoiaram com um sorriso, uma palavra ou um ato de carinho.

O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção.

Paulo Freire

RESUMO

O câncer é uma doença que tem como característica o crescimento celular desordenado e acelerado. Dentre as intervenções terapêuticas existentes está a quimioterapia, um tratamento sistêmico que interfere no crescimento e divisão das células tumorais. Os antineoplásicos não possuem especificidade, agindo sobre células saudáveis e causando diversos efeitos colaterais. Assim, o grupo de orientações (GO) para pacientes em quimioterapia é um instrumento fundamental para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para a prática do autocuidado. Esse estudo objetivou verificar o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial, após participarem do grupo de orientações. Trata-se de uma investigação qualitativa, com abordagem exploratória-descritiva. O trabalho foi realizado com 15 pacientes do ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que tivessem participado do GO. Foram coletadas informações referentes ao perfil dos participantes e aplicou-se um roteiro de entrevista, composto por questões abertas. Foram entrevistados oito mulheres e sete homens entre 29 e 75 anos. Os participantes apresentaram ter baixa escolaridade e grande parte havia passado pelo grupo há menos de uma semana. Os acompanhantes no GO foram principalmente os companheiros(as) e filhos(as). As informações foram analisadas e categorizadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados demonstraram que os pacientes conhecem os cuidados relacionados às necessidades humanas básicas, fundamentais no decorrer do tratamento quimioterápico. Destacou-se a busca por conhecimento através de outros profissionais de saúde, internet, televisão e de modo informal, com familiares e amigos. A família foi apresentada como figura essencial no cuidado do paciente, apesar disso, muitos referiram valorizar a prática do autocuidado. O grupo demonstrou ser fundamental na prevenção e manejo dos efeitos adversos do tratamento, preservando a continuidade do mesmo e incentivando o cuidado.

Descritores: Enfermagem oncológica. Quimioterapia. Cuidado de enfermagem. Educação em saúde.

ABSTRACT

Cancer is a disease that has as a characteristic cell growth accelerated and disordered. Among the existing therapeutic interventions is chemotherapy, a systemic treatment that interferes with the growth and division of the tumor cells. The antineoplastics are not specific, acting on healthy cells and causing many side effects. The guidelines group (GG) for patients on chemotherapy is a fundamental instrument for the development of skills, abilities and attitudes to the practice of self-care. This study aimed to verify the knowledge of patients in outpatient clinic chemotherapy treatment, after participating in the guidelines group. It is a qualitative research, with exploratory-descriptive approach. The research was conducted with 15 outpatient clinic chemotherapy patients of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, who had participated in the GO. We collected information regarding the profile of participants and applied a screenplay by interview, composed of open questions. Were interviewed eight women and seven men between 29 and 75 years. The participants presented have low educational level and most had passed by the group for less than a week. The escorts in GG were mostly the partners and children. The information has been reviewed and categorized according to content analysis of Bardin (2011). The results showed that patients know the care related to basic human needs, essential in the course of chemotherapy treatment. They reported seeking knowledge through other health-care professionals, internet, television and informally, with family and friends. The family was presented as an essential figure in the care of the patient, but many refer to value the practice of self-care. The group proved to be instrumental in the prevention and management of adverse effects of treatment, preserving the continuity of the same and stimulating the self-care.

Descriptors: Oncologic nursing. Chemotherapy. Nursing care. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados segundo sexo, idade, raça, diagnóstico e tratamento	21
Quadro 2 – Perfil dos entrevistados segundo o estado civil, acompanhantes do GO e principal cuidador.	23
Gráfico 1 – Tempo decorrido da participação no GO até a data da entrevista	24
Quadro 3 – Perfil dos entrevistados segundo ocupação, escolaridade e crença religiosa	25
Figura 1 – Categorias e subcategorias do estudo	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Adriamicina e Ciclofosfamida
BEP	Bleomicina, Etoposido e Cisplatina
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST's	Doenças sexualmente transmissíveis
FOLFOX	Fluoracila, Leucovorin e Oxaliplatina
GO	Grupo de Orientações
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
INCA	Instituto Nacional do Câncer
RS	Rio Grande do Sul
RDT	Radioterapia
SEOH	Serviço de Enfermagem Onco-Hematológico
QT	Quimioterapia
UAP	Unidade de Ambiente Protegido
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UQA	Unidade de Quimioterapia Ambulatorial
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 NEOPLASIAS MALIGNAS.....	14
3.2 QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA	16
3.3 GRUPOS EDUCATIVOS NO CONTEXTO DO PACIENTE EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 CAMPO DO ESTUDO	20
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	20
4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	27
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
5 CONHECIMENTO DOS PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA APÓS PARTICIPAREM DO GRUPO DE ORIENTAÇÕES	29
5.1 CONHECENDO O CORPO A SER CUIDADO.....	29
5.1.1 Cuidados com a alimentação e hidratação	30
5.1.2 Cuidados com as eliminações	35
5.1.3 Cuidados com o sono, repouso e atividade física	38
5.1.4 Cuidados com a sexualidade.....	41
5.1.5 Prevenção de infecções, higiene e imagem corporal.....	43
5.2 BUSCANDO CONHECIMENTO	48
5.3 DESCOBRINDO A FAMÍLIA CUIDADORA	51
5.3.1 Reorganizando a rotina familiar	51
5.3.2 Valorizando o cuidar de si mesmo	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES	69

ANEXO A: PARECER DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	71
ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	72

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a *World Health Organization* (WHO), câncer é um termo genérico para um grupo de mais de 100 doenças que têm como característica comum o crescimento celular desordenado e acelerado. Dividindo-se rapidamente, as células tumorais invadem tecidos e órgãos adjacentes, podendo disseminar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2012a, p.17; WHO, 2014).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registra que as neoplasias constituem-se na segunda causa de mortalidade por doenças no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2010). De acordo com a WHO (2014), em 2012 foram diagnosticados 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de pessoas foram a óbito em virtude da doença. Os tipos de câncer com maior mortalidade foram de pulmão, estômago, fígado, cólon/reto e mama.

Segundo dados do INCA (BRASIL, [2013a]), de 2001 a 2011 a taxa de mortalidade proporcional por câncer cresceu de 12,6% para 15,1% no Brasil. A Região Sul apresentou a maior taxa de mortalidade por câncer dentre as regiões do país, e o Rio Grande do Sul (RS) demonstrou ser o estado com o maior número de óbitos por neoplasias em ambos os sexos.

Desse modo, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. É estimado para o ano de 2030, 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas com a doença (WHO, 2014).

Em vista disso, nos últimos anos, os exames complementares que auxiliam no diagnóstico precoce do câncer e os tratamentos para os diversos tipos da doença avançaram de modo expressivo. As atuais intervenções terapêuticas, que podem ser realizadas de forma isolada ou combinada, incluem: ressecção cirúrgica, quimioterapia (QT), radioterapia (RDT), hormonioterapia, imunoterapia e terapia gênica. A escolha do tratamento depende de fatores como o tipo, localização e estadiamento do tumor, bem como as condições gerais de saúde do paciente (DeVITA JR; VINCENT; ROSENBERG, 2011).

A QT antineoplásica é uma modalidade de tratamento sistêmico que utiliza agentes químicos, isolados ou em combinação, com a finalidade de destruir os tumores malignos a partir da ação sobre o ciclo celular, ou seja, interferindo no processo de crescimento e divisão das células tumorais. No entanto, como essas drogas, em geral, não possuem especificidade, sua ação também recai sobre células saudáveis, causando efeitos adversos, que chamamos de toxicidade (BONASSA et. al, 2012a, p. 1-3).

Sendo assim, é necessário que pacientes e familiares estejam plenamente orientados sobre o manejo e prevenção dos efeitos indesejáveis relacionados ao tratamento. A enfermagem, quando estabelece uma relação de confiança com o paciente e sua família, consegue trabalhar questões de educação em saúde de maneira efetiva, priorizando as necessidades, o estilo de vida, as crenças e os valores culturais de cada indivíduo (BONASSA et al, 2012b, p. 306).

É nesse contexto que o grupo de orientações (GO) para pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial torna-se um instrumento fundamental para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para a prática do autocuidado. Essa abordagem objetiva tornar o paciente mais confiante para realizar o seu cuidado, aumentando as chances de sucesso no tratamento e melhorando a sua qualidade de vida.

A motivação para esse estudo surgiu a partir de experiências acadêmicas no Serviço de Enfermagem Onco-hematológica (SEOH) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As vivências nesse estágio extracurricular proporcionaram a compreensão das rotinas de trabalho da enfermagem, e despertaram o interesse por realizar um estágio assistencial, em que fosse possível trabalhar junto ao paciente oncológico. Assim, durante dois semestres realizei estágio na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial (UQA), onde aprofundi meus conhecimentos sobre a temática e desenvolvi habilidades técnicas fundamentais para a área, interessando-me ainda mais pela enfermagem oncológica.

Então, nesse estágio, tive a oportunidade de participar do "Grupo de orientações para pacientes em quimioterapia e seus familiares", ministrado pelas enfermeiras da UQA aos pacientes que estão iniciando a quimioterapia antineoplásica. Essa abordagem educativa visa facilitar o processo terapêutico através de orientações que auxiliam na detecção precoce de complicações e alívio dos efeitos adversos da QT, bem como na redução da ansiedade com relação ao tratamento, visto que os pacientes compartilham experiências e vivências. Assim, pude perceber que o grupo é fundamental para a construção do conhecimento sobre os cuidados necessários durante o tratamento quimioterápico e, portanto, ocorreu a necessidade de compreender o que esses pacientes aprenderam ao participar do grupo.

Em vista disso, este trabalho buscou responder a seguinte questão norteadora: ***Qual o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial após participarem do "Grupo de orientações para pacientes em quimioterapia e seus familiares"?***

A realização de um levantamento bibliográfico demonstrou que essa temática foi, até o momento, pouco explorada. Nesse sentido, percebe-se que esse estudo é relevante para a prática de enfermagem, pois poderá servir de subsídio para novas pesquisas relacionadas ao

conhecimento dos pacientes oncológicos em quimioterapia. Além disso, poderá incentivar e apoiar outras instituições de saúde a implementarem o GO como ferramenta de educação em saúde, bem como poderão ser identificadas orientações do grupo que precisam ser melhoradas, visando uma ação mais qualificada e preocupada com a qualidade de vida dos pacientes atendidos na UQA do HCPA.

2 OBJETIVO

Verificar o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial, após participarem do grupo de orientações.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Nessa revisão de literatura pretende-se proporcionar uma maior compreensão do tema escolhido, a partir do aprofundamento dos seguintes assuntos: neoplasias malignas, quimioterapia antineoplásica, e os grupos no contexto no paciente em quimioterapia ambulatorial.

3.1 NEOPLASIAS MALIGNAS

A neoplasia maligna é considerada uma doença genética, pois implica uma alteração do DNA celular, ou seja, uma célula que sofreu mutações em seus genes irá transmitir essas alterações para todas as suas descendentes. O desenvolvimento do câncer, denominado oncogênese, é lento, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e as manifestações clínicas ocorram. (BRASIL, 2012a; GARICOCHEA, 2008, p. 29).

Os estágios da oncogênese são: a iniciação, quando os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos; a promoção, em que os agentes oncopromotores estimulam a proliferação celular; a progressão, etapa em que a taxa do crescimento celular é muito elevada, existindo a capacidade de produzir metástases; e a manifestação, quando há infiltração de tecidos vizinhos. Nesse processo, as mutações celulares ocorrem de forma espontânea ou provocada pela ação de agentes carcinogênicos, que podem ser físicos, químicos ou biológicos (BRASIL, 2012a).

As neoplasias malignas apresentam como características comuns a formação de células anaplásicas, a perda do controle da divisão celular (crescimento rápido e mitoses anormais), massa pouco delimitada e capacidade de invadir estruturas orgânicas adjacentes. Além disso, as células malignas têm a capacidade de escapar da detecção e da destruição do sistema imunológico (SHAW, 2009, p. 32).

Quanto à classificação, os tumores são divididos de acordo com o tecido embrionário e o tipo de célula que os originou, o que pode ser chamado de classificação primária. Em geral, a maioria das neoplasias pode ser classificada em um dos seguintes grupos: os carcinomas, originados de células epiteliais; os sarcomas, originados de tecidos conjuntivos; as leucemias e os linfomas, que têm sua origem, respectivamente, nas células da medula óssea e linfócitos (BRASIL, 2008a, p.52).

O diagnóstico do câncer é realizado a partir da anamnese e do exame físico, que visam à identificação de fatores de risco, sinais e sintomas e história familiar de neoplasias. Os

exames complementares podem ser indicados para confirmação do diagnóstico e para identificação de possíveis comprometimentos orgânicos decorrentes da patologia. Os métodos auxiliares utilizados no diagnóstico são: a ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, ultra-sonografia, endoscopia, radiografia, exames laboratoriais, entre outros. Ademais, o diagnóstico definitivo e a característica de malignidade são determinados pelo exame anatomopatológico, realizado em amostras obtidas por biópsias ou na peça cirúrgica (MURPHY; TELL, 2009, p. 51,52).

Após o diagnóstico do câncer, é realizada a avaliação da dimensão do tumor primário, chamada de estadiamento. Esse processo é de extrema relevância clínica, pois permite um melhor conhecimento do prognóstico do paciente, além de fornecer um parâmetro para o estabelecimento do plano terapêutico, visto que auxilia na obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor e na previsão de complicações (BRASIL, [2013b]; MURPHY; TELL, 2009, p.51).

O sistema de estadiamento de tumores sólidos mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado "Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos", que se baseia na extensão anatômica da doença, levando em conta o tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4; N0 a N3; e de M0 a M1, respectivamente (BRASIL, 2012a).

As categorias T e N também podem ser subclassificadas em graduações alfabéticas (a, b, c), sendo que as graduações numéricas e alfabéticas demonstram o nível de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos. Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que variam de I a IV. Estes estádios podem ser subclassificados em A e B, para expressar a evolução da doença (BRASIL, 2012a; BRASIL, [2013b]).

As neoplasias malignas podem disseminar-se e desenvolver tumores secundários, chamados de metástases, que não guardam relação direta com o foco primário, mas que se originam de células neoplásicas já existentes. A disseminação tumoral é um processo complexo, que depende da superação dos fatores mecânicos e imunológicos, e que pode ocorrer pela via transcavitária, quando as células tumorais penetram alguma cavidade para depois se disseminarem; pela via linfática, quando seguem a drenagem linfática normal da área do tumor primário; ou pela via sanguínea, quando invadem a circulação (BRASIL, 2008a, p. 43-44).

O tratamento do câncer é composto por cirurgia, RDT, QT, imunoterapia, terapia hormonal e terapia gênica. A terapêutica pode combinar duas ou mais modalidades de tratamento e é determinada de acordo com o tipo, estágio, localização e resposta do tumor, bem como as necessidades e limitações do indivíduo (BONASSA et al, 2012c, p. 17-42; DEVITA JR; LAWRENCE; ROSENBERG, 2011).

A oncologia cirúrgica focaliza as áreas de tratamento primário, de ativação e de resgate. Na terapia primária, o tumor e uma margem de tecido normal adjacente são removidos; na terapia de ativação, a meta é reduzir o risco de incidência, progressão e recidiva; e na terapia de resgate o objetivo é tratar a recidiva logo após a implantação de uma abordagem primária (BRASIL, 2008a, p. 355-358).

Na radioterapia, o crescimento celular é interrompido com a utilização da radiação ionizante. Os principais métodos de aplicação da radioterapia são a teleterapia, a braquiterapia e a isotopoteraia. Na teleterapia a radiação é aplicada em uma fonte externa ao corpo; na braquiterapia a fonte de radiação permanece em contato, a partir de um implante físico dentro do tecido corporal; a isotopoteraia consiste na administração oral ou intravenosa de isótopos radioativos, que são absorvidos pelos tecidos tumorais (BRASIL, 2008a, p. 361-363).

A imunoterapia utiliza agentes derivados de fontes biológicas para o tratamento do câncer, como o uso do interferon e dos anticorpos monoclonais. O transplante de medula óssea, ou seja, a infusão de células progenitoras por via endovenosa para substituir a medula doente também está incluído nessa terapêutica (BONASSA et al, 2012c, p. 30-37).

Por fim, nos casos de cânceres hereditários, a terapia gênica substituiria o gene mutado por um gene normal com a finalidade de impedir o desenvolvimento do câncer (DEVITA JR; LAWRENCE; ROSENBERG, 2011). Em casos de mulheres com história familiar de neoplasia de mama, por exemplo, um estudo genético pode ser realizado e, se as chances do surgimento da doença forem significativas, a retirada da mama como forma de prevenção do câncer pode ser indicada.

3.2 QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

A QT antineoplásica possui denominações distintas de acordo com a finalidade que é empregada, podendo ser: curativa, adjuvante, neoadjuvante ou paliativa. A QT curativa é o tratamento definitivo para a doença; a QT adjuvante é usada após outro método terapêutico, com o objetivo de reduzir a incidência de metástases; a terapia neoadjuvante é realizada previamente a outro tratamento, com a finalidade de reduzir parcialmente o volume tumoral

antes de realizar uma ressecção cirúrgica; e a QT paliativa visa o aumento da sobrevida e melhora dos sintomas (BRASIL, 2008a, p. 396).

A maioria dos fármacos utilizados na QT antineoplásica interfere no processo de crescimento e divisão das células. Portanto, a compreensão do ciclo celular normal levou à definição clara dos mecanismos de ação da maioria desses fármacos e também possibilitou que os agentes quimioterápicos fossem classificados de acordo com a sua atuação sobre esse mecanismo (BONASSA et al, 2012a, p.3).

Os agentes ciclo-celular específicos (CCS) são aqueles que atuam somente nas células que estão em proliferação, ou seja, nas fases de crescimento (G1), síntese (S), preparo para a divisão celular (G2) e mitose (M). O grupo denominado fármacos ciclo-celular não específicos (CCNS) engloba drogas que atuam nas células durante todas as fases do ciclo celular, incluindo a fase de repouso (G0). Já os agentes fase-específicos são os que atuam em determinadas fases do ciclo celular (BRASIL, 2008a, p.392-395).

Os fármacos antineoplásicos também podem ser classificados de acordo com a estrutura química e a similaridade de ação. Os quimioterápicos de maior emprego no tratamento do câncer incluem os agentes alquilantes, os agentes antimetabólicos, os derivados vegetais e os antibióticos antitumorais (WILKES; BARTON-BURKE, 2009, p. 79).

As reações adversas decorrentes da QT relacionam-se ao fato dessas drogas não serem específicas, ou seja, afetam também as células normais, principalmente as de rápida divisão, como o tecido hematopoiético, o germinativo e o gastrointestinal. Esses efeitos podem surgir de forma aguda ou tardia, durar meses após o tratamento e, algumas vezes, serem de caráter irreversível (HENRIQUES et al, 2010).

As drogas mielotóxicas, ou seja, aquelas que suprimem a medula óssea podem desencadear a pancitopenia, caracterizada pela leucopenia, trombocitopenia e anemia. Desse modo, o indivíduo fica vulnerável a infecções e sangramentos, principalmente no período de nadir, que é o tempo transcorrido entre a aplicação da droga e o menor valor de contagem hematólogica (BONASSA et al, 2012b, p. 307).

A toxicidade dermatológica também é frequente durante a QT, causando reações locais como queimação, eritema, trombose venosa e flebite; e reações sistêmicas, como a hiperpigmentação e o enfraquecimento das unhas, fotossensibilidade e alopecia. Quando ocorre extravasamento de quimioterápicos, essas drogas são classificadas de acordo com o potencial de lesão tecidual, podendo ser vesicantes ou irritantes, ou seja, quando provocam necrose ou reações menos severas, respectivamente (BRASIL, 2008a, p. 413-415; PERDISCARIS, 2008, p.852).

Os antineoplásicos comumente causam toxicidade gastrointestinal, desencadeando reações como náuseas, vômitos, mucosite, anorexia e diarreia. A toxicidade renal pode ocasionar alterações no volume urinário, disúria, hematúria, edema periférico, aumento na pressão arterial, estase jugular e aumento de peso (HESPANHOL et al, 2010).

Assim, percebe-se que a natureza sistêmica da QT pode ocasionar interferências negativas em todos os sistemas orgânicos, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida, além de comprometer o tempo total do tratamento. Os efeitos adversos geram desequilíbrios que são importantes dificultadores no cumprimento do regime terapêutico, por isso devem ser detectados e tratados o mais brevemente possível. (BORGES, ANJOS, 2011).

3.3 GRUPOS EDUCATIVOS NO CONTEXTO DOS PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

Na enfermagem, a prática das atividades grupais é utilizada em diversos cenários, sendo muito aplicada na Saúde Coletiva e, no âmbito hospitalar, em ambulatórios ou com pacientes internados em diversas especialidades. O objetivo desta atividade pode ser educativo, de informação, de reflexão ou de suporte (SIMÕES; STIPP, 2006).

Nesse sentido, define-se grupo como um conjunto de pessoas que interagem em um determinado tempo e espaço e que se propõe a realizar uma tarefa. Os grupos, na acepção formal da palavra, podem ser classificados de acordo com a sua finalidade, em psicoterápicos e operativos. No grupo psicoterápico busca-se a interpretação de sentimentos e ansiedades dos indivíduos e, nos grupos operativos, objetiva-se a melhoria da saúde orgânica e/ou psíquica (RIVIÉRE, 2009, p. 121; ZIMERMAN, 2000, p.26-28).

Os grupos operativos abrangem diversos campos como, por exemplo, os grupos de ensino aprendizagem, em que o essencial é a formação de conhecimento, e os grupos terapêuticos, que visam melhorar uma situação de patologia dos indivíduos. Desse modo, a dinâmica com grupos no contexto do paciente oncológico é utilizada em virtude da grande necessidade de informações por parte dos pacientes e seus acompanhantes no que se refere à doença, ao tratamento e à rotina diária. Essa abordagem holística tem o intuito de amenizar a ansiedade, aumentar a adesão ao tratamento e empoderar o paciente para o autocuidado. (BASTOS, 2010; SILVA, 2009; SIMÕES; STIPP, 2006).

Os pacientes em tratamento quimioterápico sofrem inúmeros efeitos adversos relacionados à terapêutica. Portanto, o conhecimento dos efeitos indesejáveis e das alternativas para seu controle e prevenção é indispensável no manejo desses pacientes. Além

disso, é fundamental que os indivíduos conheçam os resultados benéficos do tratamento, que não diz respeito apenas à cura do câncer, mas também ao aumento da sobrevida, habilidade funcional e qualidade de vida (BONASSA et al, 2012b, p. 305).

Na visão dos profissionais, a intervenção educativa dos grupos para os pacientes oncológicos serve de apoio à terapêutica, pois o paciente que recebe e adere às orientações tem menos reações adversas, ocasionando em uma maior possibilidade de cumprir os prazos e intervalos do regime terapêutico estabelecido, além de permitir que os pacientes exponham seus medos, dúvidas e angústias. Ademais, estimula a solidariedade e favorece que o indivíduo compartilhe suas experiências com os demais integrantes do grupo, abrindo espaço para dúvidas e questionamentos (BASTOS, 2010; SILVA, 2009).

4 METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta o tipo de estudo realizado, campo e população em que a pesquisa foi realizada, como se desenvolveu a coleta e análise das informações e, ainda, as considerações éticas do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo foi realizado dentro de uma abordagem qualitativa, que permite compreender uma questão a partir da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, com base nos seus sentimentos e expectativas. O delineamento qualitativo é holístico e flexível, pois busca a compreensão do todo e ajusta-se ao que é aprendido durante a realização da coleta das informações, que são principalmente, palavras ou descrições narrativas. Dentro dessa abordagem, o método utilizado foi o exploratório-descritivo que investiga a natureza complexa de experiências e interações (POLIT; BECK, 2011, p. 200).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

Esse estudo foi desenvolvido no HCPA, que é uma empresa pública de direito privado criada pela Lei 5.604, de 2 de Setembro de 1970. Essa instituição integra a rede de Hospitais Universitários do Ministério da Saúde e está vinculada academicamente à UFRGS (BRASIL, 2013). A coleta de dados foi realizada na UQA, localizada junto ao Serviço de Oncologia (Zona 11) que, assim como as Unidades de Radioterapia, Hospital-Dia, Banco de Sangue e UAP, compõem o SEOH, que:

Tem compromisso com a assistência humanizada e com a formação de recursos humanos na área de Onco-Hematologia, incluindo atividades de ensino, pesquisa e extensão, além de estabelecer interface com diferentes áreas do conhecimento e desenvolver atividades multidisciplinares (HCPA, [2013]).

O ambulatório de QT presta assistência a pacientes onco-hematológicos, em terapia antineoplásica e em hormonioterapia, além da heparinização de cateteres totalmente implantados (HCPA, [2013]). A equipe de enfermagem é composta por sete enfermeiras e três técnicas de enfermagem, além de duas acadêmicas de enfermagem bolsistas assistenciais. A

unidade contém seis poltronas e seis cabines para adultos e seis poltronas e duas cabines para crianças, podendo atender 20 pacientes simultaneamente.

A UQA que funciona de segunda a sexta-feira das 7h30min às 19h e atende, em média, 1000 pacientes por mês. Dentre esses, 80 pacientes realizam infusão de QT pela primeira vez e todos passam pelo “Grupo de Orientações para Pacientes em Quimioterapia e seus Familiares”, que acontece duas vezes na semana (informação verbal)¹.

O paciente que agenda sua primeira infusão de QT é convidado a participar de um encontro do grupo com seus familiares, que se realiza, preferencialmente, na mesma semana de sua primeira sessão de QT. Com auxílio de recurso audiovisual e manuais informativos, duas enfermeiras do ambulatório são responsáveis por ministrar o grupo, que tem duração de 90 minutos. Em média, 10 pacientes participam de cada encontro e mais de um familiar pode acompanhá-lo, porém recomenda-se que seja o principal cuidador a receber as orientações, para que possa auxiliar o paciente no cuidado domiciliar (informação verbal)².

São fornecidas informações sobre a dinâmica do ambulatório de quimioterapia; identificação do paciente; direitos e deveres do paciente; reações adversas da quimioterapia; cuidados de higiene e proteção corporal; cuidados com alimentação e hidratação; uso de medicação sintomática conforme prescrição médica; procedimentos a serem tomados em caso de intercorrências. Além disso, são esclarecidas as dúvidas dos pacientes e familiares auxiliando na diminuição da ansiedade diante do tratamento (informação verbal)².

Devido à grande quantidade de pacientes que iniciam QT na UQA do HCPA, apenas um encontro é recomendado, devendo o paciente buscar mais informações com a enfermeira que irá recebê-lo no ambulatório, caso julgue necessário. Todavia, se o paciente e/ou o familiar demonstrar interesse em participar novamente do grupo não há restrições, desde que haja disponibilidade da agenda (informação verbal)².

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os entrevistados foram 15 pacientes do ambulatório de quimioterapia que participaram do grupo de orientações em momentos diferentes. Os participantes eram maiores de 18 anos, de ambos os sexos, estavam em tratamento quimioterápico ambulatorial e haviam passado pelo GO antes da realização da entrevista. Os sujeitos foram denominados nesse estudo pela letra “E” seguida do algarismo arábico correspondente (1,2,3...15). Os participantes foram

¹ Informação fornecida pela chefia de enfermagem da UQA em Setembro de 2013.

² Informação fornecida pelas enfermeiras que ministram o grupo de orientações em Setembro de 2013.

convidados a participar do estudo e, após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A).

A amostragem foi determinada por conveniência, ou seja, composta por indivíduos que atenderam aos critérios de entrada e foram de fácil acesso ao investigador (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2008). O número de participantes foi definido conforme o critério de saturação de informação, que ocorre quando temas comuns começam a aparecer e, progressivamente, sente-se uma confiança na compreensão emergente do fenômeno e o pesquisador se dá conta de que não estão surgindo novas percepções (POLIT; BECK, 2011, p.237).

Os *critérios de inclusão* foram: ter idade superior a 18 anos; estar realizando tratamento quimioterápico ambulatorial e ter participado do GO.

Os *critérios de exclusão* foram: paciente com recidiva de tumor, que realizou quimioterapia anteriormente; não estar apto clínica, física ou mentalmente para exercer o autocuidado e não ter condições de responder aos questionamentos ou ter dificuldade para comunicar-se (pacientes traqueostomizados, por exemplo).

No Quadro 1, apresentam-se as características dos entrevistados segundo sexo, idade, raça, diagnóstico e terapêutica oncológica.

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados segundo sexo, idade, raça, diagnóstico e tratamento.

Sujeito	Sexo	Idade	Raça	Diagnóstico	Tratamento/protocolo de QT
E1	M	41	Branca	Rabdomiossarcoma	QT+RDT/ Vincristina
E2	M	71	Branca	Neoplasia epidermóide de pulmão	QT paliativa/ Carboplatina+Paclitaxel
E3	F	51	Branca	Neoplasia de mama	QT adjuvante/AC
E4	M	32	Negra	Neoplasia de testículo	QT adjuvante/BEP
E5	F	59	Branca	Neoplasia de pulmão metastática	QT paliativa/ Carboplatina+Paclitaxel
E6	F	48	Negra	Neoplasia de mama	QT adjuvante/AC
E7	F	75	Branca	Carcinoma de canal anal	QT+RDT/Carboplatina
E8	F	54	Branca	Síndrome mielodisplásica	QT/Azacitidina
E9	M	49	Negra	Câncer de cólon	QT adjuvante/FOLFOX
E10	M	62	Branca	Câncer de cólon	QT adjuvante/ Oxaliplatina+Fluoracila
E11	M	54	Branca	Neoplasia de esôfago	Cirurgia + QT + RDT/Irinotecano
E12	F	29	Branca	Neoplasia de colo uterino	Cirurgia + QT + RDT/Cisplatina
E13	F	70	Negra	Neoplasia de pulmão	QT adjuvante/Paclitaxel
E14	M	34	Branca	Neoplasia de testículo	QT adjuvante/BEP
E15	F	60	Branca	Neoplasia de mama	Cirurgia + QT + RDT/Paclitaxel

Fonte: informações coletadas pela autora.

No que se refere ao sexo dos entrevistados, oito são mulheres e sete homens. Apesar da pequena diferença, o fato da maioria ser mulher vem ao encontro de que, no estado do RS, há maior frequência de câncer no sexo feminino associado ao grande número de mulheres com câncer de mama e câncer de colo uterino, como é o caso das pacientes *E3*, *E6* e *E12* (BITTENCOURT, SCALETZKY, BOEHL, 2003). Porém, em 2014, espera-se que o número de casos novos de câncer no estado seja maior no sexo masculino (BRASIL, 2014a).

Dos 15 pacientes entrevistados, 11 se consideraram brancos e quatro se autodeclararam negros. Pesquisas relatam que os afrodescendentes têm maiores chances de desenvolver determinados tipos de câncer, como de próstata e esôfago (BRASIL, 2012a), porém dados do DATASUS demonstram que a mortalidade por neoplasias na raça branca é oito vezes maior do que na raça negra (BRASIL, 2012b).

Com relação à idade, os entrevistados encontram-se entre 29 e 75 anos, sendo que, três podem ser considerados adultos jovens (entre 20 e 39 anos), sete estão na meia idade (faixa etária entre 40 e 59 anos) e cinco são idosos (têm 60 anos ou mais). De acordo com o Soares, Santana, Muniz (2010) e Casari, Manfrin, Arruda (2014) a incidência do câncer aumenta consideravelmente com a idade, em virtude do acúmulo dos fatores de risco associado à tendência de uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular.

No que diz respeito ao diagnóstico dos pacientes, *E1*, 41 anos, foi diagnosticado com Rbdomiossarcoma da cabeça e pescoço, um tipo de câncer extremamente raro em adultos (MORETTI et al, 2010). Duas mulheres e um homem (*E2*, *E5*, *E13*) apresentaram neoplasia de pulmão. O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, sendo mais prevalente em homens. Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco (BRASIL, [2014b]), como é o caso de *E2* e *E5*, que são ex-tabagistas, e *E13* que é tabagista ativa.

As pacientes *E3*, *E6* e *E15* têm diagnóstico de neoplasia de mama. Esse tipo de câncer é o segundo mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres, sendo relativamente raro antes dos 35 anos (BRASIL, [2014b]). As pacientes *E3*, *E6* e *E15* têm 51, 48 e 60 anos, respectivamente, e todas estão realizando quimioterapia adjuvante.

Do mesmo modo, dois homens (*E4*, *E14*) apresentam o diagnóstico de neoplasia de testículo. Esse tumor corresponde a 5% do total de casos de câncer entre os homens e é facilmente curado quando detectado precocemente, demonstrando baixo índice de mortalidade (BRASIL, [2014b]). A maior incidência desse tipo de neoplasia é em homens em idade reprodutiva, entre 15 e 50 anos, faixa etária que se encontram os pacientes *E4* e *E14*, com 32 e 34 anos, respectivamente.

O câncer de cólon é uma das neoplasias mais comuns no ocidente, ocorrendo em ambos os sexos, e apresentando aumento da incidência com o avanço da idade (BRASIL, 2008a, p.314). Os pacientes *E9* e *E10*, 49 e 62 anos, foram diagnosticados com esse tipo de neoplasia, porém, apenas o segundo passou por intervenção cirúrgica. O câncer de canal anal, diagnosticado em *E7*, 75 anos, é considerado raro, pois representa cerca de 2% das neoplasias de cólon, sendo mais frequente nas mulheres (BRASIL, [2014b]).

A paciente *E8*, 54 anos, apresentou a Síndrome Mielodisplásica (SMD), em que há um defeito clonal nas células progenitoras hematopoéticas, caracterizando-se por citopenia de uma ou mais linhagens celulares, podendo evoluir para leucemia mielóide aguda (LMA). Essa síndrome tem maior incidência com o aumento da idade. (VASSALO, MAGALHÃES, 2009).

O paciente *E11*, 54 anos, realizou cirurgia, radioterapia e está em tratamento quimioterápico para tratar a neoplasia de esôfago. Esse tipo de câncer é mais frequente em indivíduos do sexo masculino e está associado a fatores extrínsecos, como o uso de álcool e tabaco (MONTEIRO et al, 2009).

Por fim, a paciente *E12*, 29 anos, manifestou o câncer do colo do útero. Esse tipo é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, sendo mais prevalente na faixa etária dos 45 aos 50 anos. (BRASIL, [2014b]).

O Quadro 2 traz as informações relacionadas ao estado civil, acompanhantes do GO e principal cuidador dos participantes do estudo:

Quadro 2 – Perfil dos entrevistados segundo o estado civil, acompanhantes do GO e principal cuidador.

Sujeito	Sexo	Idade	Estado civil	Acompanhante	Principal Cuidador
E1	M	41	Casado	Esposa	Esposa
E2	M	71	Casado	Esposa	Esposa
E3	F	51	Solteira	Irmã	Irmã
E4	M	32	Casado	Esposa	Esposa
E5	F	59	Casada	Esposo	Esposo e Filho
E6	F	48	Solteira	Desacompanhada	Filha
E7	F	75	Viúva	Filha	Filhas
E8	F	54	Solteira	Desacompanhada	Não tem
E9	M	49	Casado	Esposa e filha	Esposa e filha
E10	M	62	Casado	Esposa e filho	Esposa
E11	M	54	Casado	Desacompanhado	Esposa
E12	F	29	Casada	Desacompanhada	Esposo
E13	F	70	Solteira	Filha e neta	Filha
E14	M	34	Solteiro	Mãe	Mãe
E15	F	60	Casada	Filha	Filha

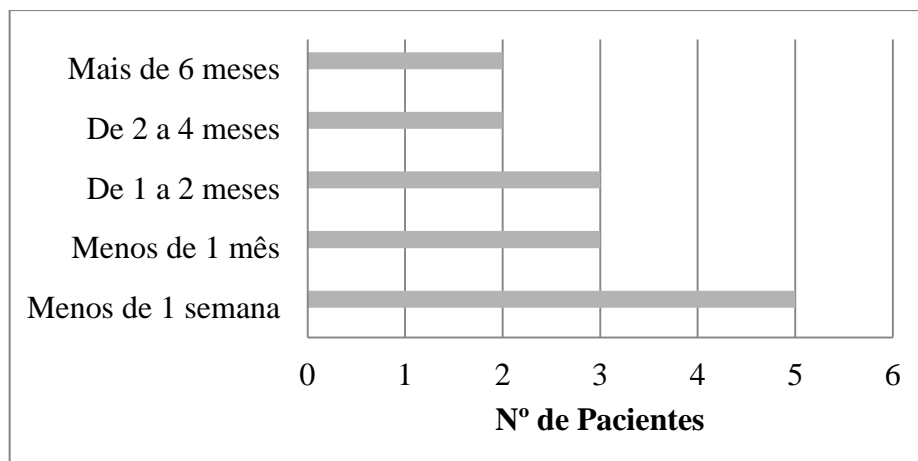
Fonte: informações coletadas pela autora.

No que diz respeito ao estado civil, nove participantes são casados, cinco solteiros e apenas uma viúva. Os acompanhantes dos pacientes no GO foram, em sua maioria, os(as) companheiros(as), como no caso de *E2*, *E3*, *E4*, *E5*, *E6* e *E7*; e em segundo lugar os filhos, que acompanharam *E7*, *E9*, *E10*, *E13* e *E15*; participaram do grupo um irmão, uma neta e uma mãe, acompanhantes de *E3*, *E13* e *E14*, respectivamente. Quatro pacientes (*E6*, *E8*, *E11* e *E12*) participaram do grupo sem acompanhante. Desse modo, observa-se que três entrevistados (*E9*, *E10* e *E13*) contaram com a presença de dois familiares.

De acordo com Carvalho (2008), os cuidados que os pacientes irão requerer no domicílio serão de responsabilidade da família, definindo um ou mais cuidadores. Na maioria dos casos apenas um familiar é responsável pelo cuidado integral dos pacientes, como é o caso de *E1*, *E2*, *E3*, *E4*, *E6*, *E10*, *E11*, *E12*, *E13*, *E14* e *E15*. Outras vezes, o cuidado pode ser compartilhado com outros familiares, como ocorre com *E5*, *E7* e *E9* ou o próprio paciente pode ser o responsável pelo autocuidado e não ter o auxílio de familiares, como é o caso de *E8*, que reside sozinha.

Com relação ao tempo transcorrido da participação dos pacientes no GO até a data em que foi realizada a entrevista, observou-se que cinco entrevistados haviam recebido as orientações há menos de uma semana, três indivíduos haviam passado pelo grupo há menos de um mês, três haviam recebido as orientações de um a dois meses, duas pessoas participaram do GO de dois a quatro meses e dois haviam assistido ao grupo há mais de seis meses. O Gráfico 1 ilustra essa informação:

Gráfico 1 - Tempo decorrido da participação no GO até a data da entrevista



Fonte: informações coletadas pela autora.

O Quadro 3 apresenta as questões relacionadas à ocupação, nível de escolaridade e crença religiosa.

Quadro 3 – Perfil dos entrevistados segundo ocupação, escolaridade e crença religiosa.

Sujeito	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Religião
E1	M	41	Ensino técnico	Técnico em mecânica	Católico
E2	M	71	Fundamental incompleto	Comerciante/aposentado	Católico
E3	F	51	Fundamental incompleto	Aux. Serviços gerais	Católica
E4	M	32	Médio incompleto	Aux. Serviços gerais	Não tem
E5	F	59	Fundamental incompleto	Do lar	Evangélica
E6	F	48	Médio completo	Artesã	Evangélica
E7	F	75	Não estudou	Agricultora/aposentada	Católica
E8	F	54	Superior incompleto	Secretária adm.	Espiritualista
E9	M	49	Fundamental completo	Motorista	Católico
E10	M	62	Fundamental incompleto	Pedreiro/aposentado	Evangélico
E11	M	54	Fundamental incompleto	Pedreiro	Católico
E12	F	29	Fundamental completo	Do lar	Test. Jeová
E13	F	70	Fundamental incompleto	Aux. Serviços gerais	Católica
E14	M	34	Superior completo	Geógrafo	Católico
E15	F	60	Não estudou	Agricultura/aposentada	Católica

Fonte: informações coletadas pela autora.

Com relação ao nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, seis tem o Ensino fundamental incompleto (*E2, E3, E5, E11, E12 e E14*), dois completaram o Ensino fundamental (*E9 e E13*), dois não frequentaram a escola (*E7 e E15*), um entrevistado tem o Ensino médio incompleto (*E4*), um completou o Ensino médio (*E6*), um realizou curso técnico (*E1*) e dois cursaram o Ensino superior, sendo que um completou o curso (*E14*) e outro não (*E8*).

A identificação de que a maioria dos participantes desse estudo tem baixo grau de instrução, indica a necessidade de que seja dispensada uma atenção especial a esses indivíduos, visto que o nível de escolaridade tem influência no grau de compreensão e na adesão das orientações específicas sobre a doença e o tratamento. Além disso, a baixa escolaridade também está relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis (CARVALHO, 2008).

Nesse estudo, o nível de escolaridade acompanha o perfil profissional. As participantes sem nenhum grau de instrução são agricultoras e aposentadas (*E7, E15*); dos que têm Ensino Fundamental Incompleto, um é Comerciante aposentado (*E2*), uma é Do Lar (*E5*), duas são Auxiliares de Serviços Gerais (*E3, E13*) e dois são Pedreiros aposentados (*E10, E1*); os dois entrevistados que têm Ensino Fundamental Completo são Motorista e Do Lar (*E9, E12*); o entrevistado que não completou o Ensino Médio é Auxiliar de Serviços Gerais e a que completou é Artesã (*E4, E6*); por fim, participaram da pesquisa um Técnico em mecânica

(E1) uma Auxiliar administrativa (E8) e um Geógrafo (E14), que possuem Ensino Técnico, Ensino superior incompleto e Ensino superior completo, respectivamente.

No que se refere à crença religiosa, oito entrevistados são Católicos (E1, E2, E3, E7, E9, E11, E13, E14, E15), três são Evangélicos (E5, E6, E10) e um é Testemunha de Jeová (E12). Além desses, uma participante referiu ser Espiritualista (E8) e outro não ser adepto de nenhuma crença religiosa (E4). Estudos demonstram que uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada às crenças religiosas e na força da fé. Desse modo, é fundamental que a enfermagem leve em consideração as necessidades espirituais, a visão de mundo e a cultura do paciente para planejar uma assistência qualificada e, encorajando a fé do paciente, visto que essa traz força e coragem para a continuidade do tratamento (AQUINO, ZAGO, 2007; GUERRERO et al, 2011).

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações foi operacionalizada em duas etapas com o auxílio de um instrumento elaborado pela autora (APÊNDICE B). Na primeira etapa, foram coletadas as informações referentes ao perfil e as características clínicas dos pacientes que aceitaram participar do estudo (idade, sexo, raça, estado civil, local de residência, escolaridade, ocupação, crença religiosa, diagnóstico, tratamento). Na segunda etapa, as informações foram coletadas por meio da aplicação de um roteiro de entrevista aos participantes, composto por questões abertas baseadas nas orientações fornecidas no GO.

As entrevistas foram realizadas após a intervenção do grupo no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA. Segundo Polit; Beck (2011, p. 251-253) a entrevista é um instrumento privilegiado para coleta de informações, visto que, é acessível para a maioria das pessoas e permite que o pesquisador interaja com o entrevistado.

A entrevista semi-estruturada é elaborada a partir de questionamentos básicos que permitem o desenvolvimento das questões de acompanhamento no decorrer das entrevistas. Além disso, esse tipo de entrevista favorece a descrição dos fenômenos, a explicação e compreensão de sua totalidade, permitindo a liberdade e espontaneidade do participante (TRIVIÑOS, 1990, p. 146).

Nessa pesquisa, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, permitindo que a pesquisadora obtivesse a totalidade das informações. Para cada participante do estudo foi entregue uma cópia da transcrição da entrevista, possibilitando o reconhecimento das informações fornecidas.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para compreender os significados das informações utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida.

A análise de conteúdo de Bardin (2011) envolve as seguintes etapas:

a. **Pré-análise:** consistiu na organização do material, em que se determinou a unidade de registro (frase ou palavra-chave dos discursos), a unidade de contexto (a delimitação do contexto dos pacientes), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais para orientar a análise.

b. **Exploração do material:** buscou-se agrupar as unidades de registros para construir as categorias do estudo, mediante classificação por diferenciação e agregação dos elementos similares de forma a abranger os diversos significados dos discursos dos entrevistados.

c. **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** as inferências e as interpretações das informações obtidas foram inter-relacionadas com o quadro teórico desenhado inicialmente, de modo a responder a questão norteadora do estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

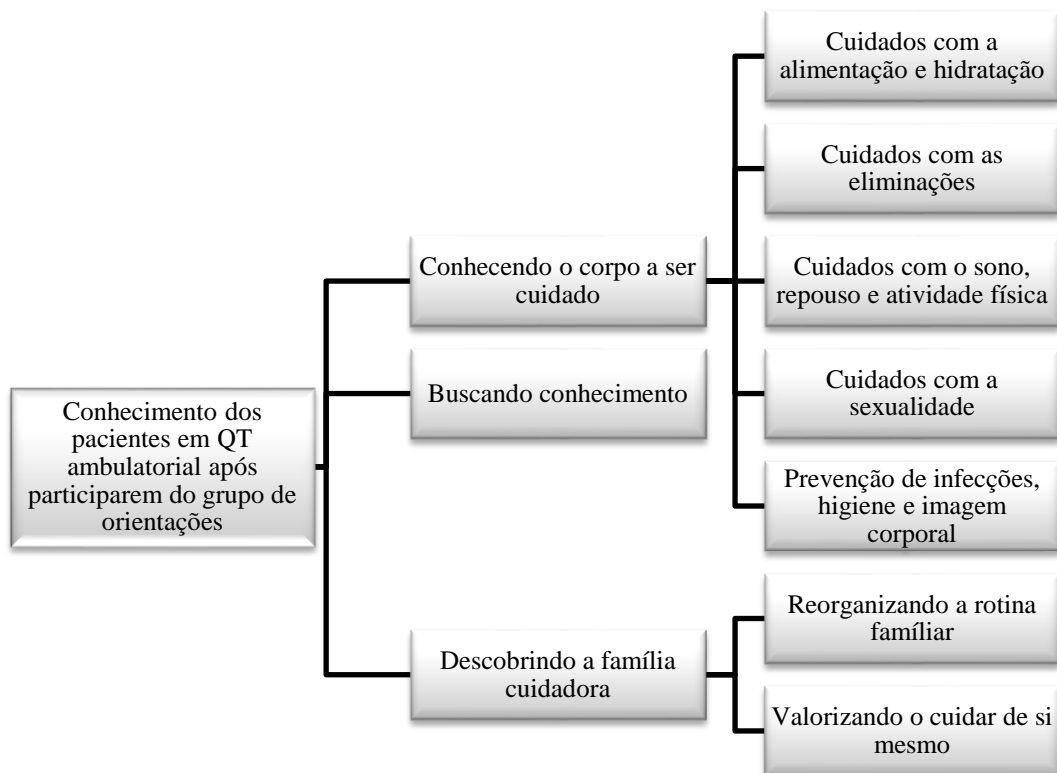
Foram observados os aspectos éticos para pesquisas com seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que visa os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, além de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (BRASIL, 2012c).

O estudo foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A) e do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo de Pós-graduação do HCPA (ANEXO B). O TCLE foi elaborado em linguagem simples e objetiva, de fácil compreensão, para o mais completo esclarecimento sobre o estudo. As gravações das entrevistas, transcrições e demais documentos serão guardados com a pesquisadora por cinco anos e após esse período serão destruídos (BRASIL, 2012c).

5 CONHECIMENTO DOS PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA APÓS O GRUPO DE ORIENTAÇÕES

Nos resultados desse estudo emergem três categorias a partir da análise das entrevistas. São elas: *Conhecendo o corpo a ser cuidado*, *Buscando conhecimento* e *Descobrimdo a família cuidadora*. A primeira categoria foi composta pelas subcategorias *cuidados com alimentação e hidratação*; *cuidados com as eliminações*; *cuidados com o sono, repouso e atividade física*; *cuidados com a sexualidade*; e *prevenção de infecções, higiene e imagem corporal*; a terceira categoria foi dividida em *reorganizando a rotina familiar* e *valorizando o cuidar de si mesmo*, conforme demonstra a figura a seguir:

Figura 1 – Categorias e subcategorias do estudo



Fonte: BONINI, J.J. **Pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial: conhecimento após o grupo de orientações**. Porto Alegre, 2014.

5.1 CONHECENDO O CORPO A SER CUIDADO

Segundo Freire o “conhecimento emerge através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si”. Assim, entende-se que o indivíduo necessita de uma educação que

lhe proporcione o reencontro com sua própria natureza, exigindo desse uma mudança nos modos de pensar, e o estabelecimento de novos interesses e valores (FREIRE, 2011).

Sabe-se que a educação em saúde não é apenas a transferência de informações, mas sim o entendimento crítico e reflexivo por parte do sujeito. Por isso, deve-se observar e valorizar a sabedoria que o indivíduo já possui sobre o tema e promover a participação ativa do paciente na construção do próprio conhecimento e seu cuidado. (BACKES et al, 2008)

Essa categoria, que expressa o conhecimento dos pacientes acerca do seu cuidado, teve seu foco principal nas necessidades humanas básicas, em virtude dessas estarem relacionadas às orientações do grupo. Portanto, ao analisar os relatos dos pacientes surgiram cinco subcategorias, organizadas do seguinte modo: *cuidados com alimentação e hidratação; cuidados com as eliminações; cuidados com o sono, repouso e atividade física; cuidados com a sexualidade; e prevenção de infecções, higiene e imagem corporal.*

5.1.1 Cuidados com alimentação e hidratação

Sabe-se que a condição nutricional do paciente oncológico pode ser afetada durante o curso da doença, devido a fatores que tem origem no próprio tumor e pela terapêutica utilizada. Frequentemente, a quimioterapia antineoplásica desenvolve a toxicidade gastrointestinal, em virtude da produção de radicais livres, causando diversos desconfortos no sistema digestório, como: náuseas, vômitos, alterações no paladar, mucosite, diarreia e constipação. Quando intensos, os efeitos colaterais são fontes de grande ansiedade e estresse para o paciente, comprometendo à tolerância ao tratamento (TARTARI, BUSNELLO, NUNES, 2009).

Sendo assim, uma dieta saudável é vital para o sucesso da terapêutica oncológica, visto que proporciona maior disposição para o paciente, ameniza a perda de peso e mantém o sistema imune resistente a infecções. Indivíduos que ingerem uma quantidade adequada de calorias, proteínas, vitaminas, minerais e fibras estão melhor preparados para enfrentar os efeitos colaterais da quimioterapia, tornando o tratamento mais eficaz (ANDRADE, PAIVA, 2012).

Desse modo, algumas orientações nutricionais fornecidas pela enfermagem tem o objetivo de prevenir e amenizar os efeitos adversos causados pelo tratamento quimioterápico ambulatorial, além de reduzir o risco da desnutrição e a possibilidade de internação. Por conseguinte, no GO os pacientes são orientados a seguir uma dieta saudável, com poucas restrições, salvo na ocorrência de náuseas, diarreia ou constipação, quando é fundamental

evitar alimentos que agravam esses sintomas. Quando questionados sobre as informações fornecidas sobre os cuidados com a alimentação, surgiram as seguintes respostas:

Quanto à alimentação, não tem nenhuma restrição, salvo quando está com diarreia, enjoado, coisa assim. Evitar as comidas que provocam isso; se caso “trancar” o intestino comer comidas que não “tranquem” mais, se alimentar corretamente, comer fibras. O churrasco só se estiver com muita vontade, não que não possa, mas se deve cuidar por causa da gordura. Comer bastante frutas, verduras, e comer o que a gente gosta [...] (E6)

Procurar comer mais vezes por dia e em menor quantidade, ter uma dieta bem variada, com bastante frutas, verduras; evitar alimentos gordurosos, fritos, e a comida de restaurante porque pode estar contaminada. [...] (E14)

No relato de *E14* percebe-se, ainda, que é fundamental conhecer o modo de preparo dos alimentos, em razão de uma possível contaminação dos mesmos. Durante o tratamento quimioterápico, os pacientes ficam mais vulneráveis a infecções, em virtude da mielossupressão, causada pelos agentes antineoplásicos (BONASSA et al, 2012b, p. 305). As falas abaixo trazem outros conhecimentos adquiridos no grupo nesse sentido:

Pode comer verduras; a carne tem que ser, no máximo, um pedacinho de bife assim (*mostra a palma da mão*), magrinho, sem gordura nenhuma; bife de fígado também pode comer e, assim, pode comer a comida normal, só não pode ser muito requentada a comida, fazer e esquentar, esquentar, esquentar, tem que cuidar nesse sentido [...] (E3)

[...] Evitar essas comidas de buffet, porque fica exposta ali, todo mundo pegando a comida, e aquele cabo da colher cai dentro da comida e vem outro e pega. [...] Lavar bem as frutas, porque quando a pessoa vai escolher pega na mão e larga, então fica tudo contaminado. [...] Não reaproveitar a comida, aquela que fica dias na geladeira, procurar sempre comer a comida nova. (E10)

Em determinados casos, como na Síndrome Mielodisplásica, diagnóstico da paciente *E8*, há uma preocupação maior com a alimentação, em função da citopenia. Nesses casos, são sugeridos alimentos cozidos e fervidos e alimentos industrializados, inviabilizando a contaminação por qualquer patógeno. Portanto, percebe-se a preocupação das enfermeiras do GO em orientar de maneira diferenciada essa paciente:

Especificamente para mim, ela disse que a alimentação deveria ser toda cozida, que se eu abrisse algum alimento, uma bolachinha, por exemplo, o que eu não comesse na hora eu não podia comer mais, inclusive a fruta eu devo cozinhar para comer. As frituras devem ser evitadas, inclusive ela disse que não tem nada que seja proibido desde que seja moderadamente. (E8)

A anemia, ou seja, a diminuição do número de eritrócitos ocorre quando o nível de hemoglobina é inferior a 12g/dl nas mulheres e a 13g/dl nos homens. É uma complicação frequente nos pacientes com câncer e está associada a perdas sanguíneas, deficiências nutricionais (ferro, ácido fólico e vitamina B12) ou infiltração tumoral na medula óssea (BONASSA et al, 2012b, p.311). Para prevenir a anemia os pacientes são orientados a ingerir vegetais verdes escuros, feijão, lentilhas, beterraba, carne de boi, frango, peixe, entre outros alimentos, como exemplifica o relato a seguir:

Eu me lembro que é para comer muitos grãos, saladas, beterraba – até tinha um slide que mostrava – carne de fígado também, tem que comer coisa que tenha bastante vitamina para não dar anemia, isso eu me lembro bem. (E13)

Além disso, estudos demonstram que o paciente oncológico em tratamento quimioterápico deve evitar consumir gorduras e frituras em grande quantidade, preferindo as frutas e hortaliças. Essas últimas tem um maior aporte de vitaminas e minerais, que auxiliam na recuperação do sistema imunológico e fornecem antioxidantes, importantes aliados no combate aos radicais livres e, portanto, aos efeitos adversos causados pela quimioterapia. (CASARI, MANFRIN, ARRUDA, 2014). Observando as falas a seguir infere-se que os pacientes tem conhecimento de quais alimentos devem ou não ser evitados:

Não pode comer carne gorda, frituras, essas coisas assim, comer mais salada, frutas e verduras. (E5)

Tem que se alimentar bem, comer bastante frutas, verduras, legumes, pode comer de tudo, só evitar muita gordura, fritura, essas coisas [...] (E7)

Ah, pode comer de tudo, levar uma vida normal, só a carne gorda é bom evitar um pouco, comer mais galinha, peixe, essas coisas, comer menos churrasco, procurar comer só um pedacinho. (E9)

Do mesmo modo, a resposta inflamatória das membranas mucosas à ação das drogas antineoplásicas, conhecida como mucosite, ocorre em aproximadamente 40% dos pacientes que recebem quimioterapia em doses convencionais para tumores sólidos, como é o caso da maioria dos participantes desse estudo (BONASSA et al, 2012b, p.329). As alternativas não-farmacológicas para o manejo desse efeito colateral são: manter uma boa higiene oral e evitar alimentos ácidos e quentes. As falas a seguir demonstram o conhecimento adquirido pelos pacientes do GO sobre o assunto:

A alimentação pode ser de tudo, claro certas coisas não são convenientes, como os ácidos abacaxi e laranja, tem que ser em pequena quantidade. Bom é o mamão, para

o estômago e outras qualidades de frutas, maçã, mas as frutas com muito ácido não convém. (E2)

É bom comer frutas, como a acerola, o açaí [...] E os ácidos devem ser evitados, como o limão, o abacaxi, essas coisas, por que se estiver com aftas na boca esses alimentos podem piorar. (E10)

Interessante levar em consideração a diferença dos entrevistados expressarem o conhecimento adquirido. Há situações em que a orientação não foi completamente assimilada, como exemplifica a fala de *E4*. Já no caso de *E14*, por exemplo, percebe-se que o paciente aprendeu o nome científico do efeito colateral, enquanto *E15* expõe o conhecimento apreendido a sua própria maneira e, apesar disso, ambos estão corretos:

Não posso comer frutas que contenham ácidos, como o abacaxi, o limão, mas eu não me lembro por quê. (E4)

[...] E quando estiver com mucosite, o ideal é evitar alimentos ácidos, como o abacaxi, a laranja e o limão. (E14)

Alguns alimentos eu não posso comer, que nem a laranja, porque pode me “arrebentar” a boca (E15).

Quando administrados, os agentes quimioterápicos são primariamente metabolizados no fígado e excretados pelos rins e, por isso, esses órgãos podem ser prejudicados. Além disso, o tratamento com quimioterápicos nefrotóxicos potencializa o risco de toxicidade renal. Em indivíduos com funcionamento renal insuficiente, o número de moléculas do fármaco que ficará circulando livremente pelo organismo se eleva, ocasionando em um aumento dos efeitos indesejáveis dos quimioterápicos (MOTA, GATO, 2012, p. 482,483). Sendo assim, para prevenir a toxicidade renal e mediar os efeitos adversos da medicação, os pacientes do GO são orientados quanto a ingesta hídrica, como se verifica nos relatos a seguir:

Foi reforçado sobre beber bastante água, a importância de hidratar o corpo e de fazer essa troca, expelir a medicação que está dentro do organismo. (E1)

[...] A água ajuda a “soltar” a quimioterapia na urina, então quanto mais água tomar, mais rápido os efeitos vão indo embora. (E6)

Durante o tratamento tem que tomar muita água para hidratar o organismo, para ajudar a eliminar os resíduos da quimioterapia pela urina e, com isso, ter menos efeitos colaterais, porque a água dilui a medicação e protege os rins, também, dos efeitos da quimioterapia. (E14)

A necessidade basal de água para o adulto depende das perdas de água sensíveis (urinárias) e insensíveis, e varia de 1.250 a 3.000ml por dia, dependendo da superfície

corporal, quantidade de massa celular, idade e sexo (BRASIL, 2009). Com relação à quantidade necessária de água, recomendada no GO, os pacientes relataram:

Tem que tomar dois litros de água por dia para hidratar o corpo, por causa da medicação que está no corpo da gente, por isso que sempre tem que estar se abastecendo. (E3)

Beber em torno de dois litros por dia para hidratar o corpo. (E4)

Uma estratégia utilizada pelas enfermeiras do GO para que os pacientes consigam saber, aproximadamente, quanto estão ingerindo de água por dia é o uso de garrafas menores, que contêm 500 ml. No relato de E3, observa-se, também, que as enfermeiras coordenadoras do grupo levam suas próprias garrafas de água no encontro, como forma de dar o exemplo aos pacientes:

Tem que tomar muita água e tem que tomar dois litros de água por dia. Até aquele dia do grupo a enfermeira perguntou: "Quem é que tem água aí?" e minha irmã tinha colocado na bolsinha para eu trazer, e só a enfermeira, eu e uma outra senhora tínhamos água, ninguém mais. (E3)

É para sempre carregar a água e beber direto, tem que sempre estar tomando água, porque a pessoa fica com a quimioterapia no corpo e, também, para não ficar desidratado, por isso é importante. [...] E no mínimo tem que tomar dois litros de água por dia, tem que tomar quatro daquelas garrafinhas por dia. (E10)

A água tem que tomar quatro garrafinhas, no mínimo, e tomar bastante líquido para a quimioterapia ter menos efeitos colaterais, para hidratar [...] dois litros por dia, quatro daquelas garrafinhas de 500ml. Eu sempre tomei bastante água, pode ver que eu trouxe uma garrafinha, mas eu não tenho conseguido tomar quatro garrafinhas, também só agora que eu vou começar a quimioterapia, né, aí vou procurar tomar mais. (E12)

Nos casos de ocorrência de diarreia e constipação intestinal, ingerir bastante água também é indicado (BRASIL, 2009). Quando questionados, porém, alguns entrevistados expressaram dificuldade em seguir as orientações, mesmo tendo conhecimento dos benefícios da hidratação no decorrer do tratamento quimioterápico.

Em termos de quantidade, dois litros por dia. Mas eu não sigo essa orientação, no máximo um litro por dia, pela secura da boca, mas depois da palestra, eu até comentei com a minha esposa, que eu peguei o costume de molhar a boca, beber um gole, mas depois da orientação eu entendi que eu não posso só molhar a boca, eu tenho que tomar a água. (E1)

Tem que tomar muita água e tem que tomar dois litros de água por dia. A minha irmã está fazendo eu tomar e não tem jeito, eu consigo tomar um copo ou dois, mas a partir de agora eu vou ter que tentar, porque isso a enfermeira falou muito, que tem que tomar água. (E3)

Desse modo, é fundamental ressaltar que alguns métodos são ensinados aos pacientes, com vistas a melhorar a aceitação hídrica. Além disso, nos depoimentos dos entrevistados percebe-se a importância das orientações do grupo na mudança dos hábitos relacionados à ingestão hídrica:

Tomar bastante água para limpar o organismo, tem que tomar dois litros de água por dia. Faz bem para saúde né, mas não deve tomar dois litros de vez, tomar de golinho em golinho que quando vê já tomou dois litros. Eu tomo, assim que eu acordo eu tomo água, água, água; acho que eu tomo até mais de dois litros. (E5)

A água é para tomar no mínimo dois litros, ir tomando aos pouquinhos, de golinho em golinho. (E6)

Agora eu estou tomando bastante água, por que antes eu não tomava, ficava um tempão sem tomar água, só tomava refrigerante e suco. Tem que tomar dois litros né, aí eu compro aquelas garrafinhas de água mineral e tomo quatro, duas de manhã e duas à tarde. (E9)

A água tem que beber bastante, mesmo se não estiver com sede, beber um golinho ou dois, deixa passar um tempo e toma mais um pouquinho, tem que estar sempre com a garrafinha de água na mão. (E15)

Por fim, além de prevenir a nefrotoxicidade, promover a eliminação mais rápida dos quimioterápicos no organismo e contribuir para a prevenção e manejo dos efeitos colaterais, a hidratação adequada, auxilia na manutenção da volemia, facilitando o acesso venoso periférico a cada infusão de quimioterapia (HENRIQUES et al, 2010). Vale ressaltar, que dos entrevistados, apenas três pacientes faziam uso de cateter venoso central, sendo que os demais necessitavam de punções periféricas a cada sessão.

5.1.2 Cuidados com as eliminações

A diarreia e a constipação são algumas das complicações gastrointestinais que frequentemente ocorrem nos indivíduos em quimioterapia. Ambas podem prejudicar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, trazendo estresses físicos e emocionais, em virtude dos sintomas que estão associados a alterações nas eliminações. Assim, o enfermeiro que trabalha em quimioterapia deve estar capacitado para orientar o paciente e seus familiares sobre a prevenção e manejo desses efeitos colaterais.

O trato gastrintestinal é formado por células de rápida divisão, que são vulneráveis à ação dos antineoplásicos. Em razão dessa sensibilidade ocorre a descamação das células da mucosa, sem reposição adequada, levando à irritação, inflamação e alterações funcionais que ocasionam a diarreia (BRASIL, 2008a, p. 412).

A diarreia pode ser definida como a liberação de fezes líquidas ou amolecidas, pelo menos, três vezes ao dia, podendo ou não estar acompanhada de cólicas abdominais (BONASSA et al, 2012b, p. 343). No relato a seguir é possível observar que as enfermeiras do GO procuram, além de fornecer orientações, transmitir o conhecimento de como diferenciar a diarreia infecciosa do efeito colateral do antineoplásico:

[...] no grupo, a enfermeira explicou que tem dois tipos de diarreia: tem aquela que tu come e vai direto para o banheiro, e tem a diarreia da quimioterapia, que é diferente, vem aos poucos. (E2)

Os quimioterápicos relacionados com a ocorrência desse efeito colateral são os antimetabólitos e os antibióticos antitumorais. Dentre esses fármacos estão: citarabina, fluoracila, irinotecano, oxaliplatina, metrotexato, entre outras (BRASIL, 2008a, p. 412). Nesse estudo, dois entrevistados (*E9*, *E10*) têm a fluoracila e a oxaliplatina no seu protocolo quimioterápico; e um participante (*E11*) faz uso do irinotecano. Portanto, é fundamental que esses pacientes compreendam que a diarreia é um possível efeito adverso do seu esquema e estejam preparados para lidar com eles. Além disso, é de responsabilidade da enfermagem, a cada sessão de quimioterapia, questionar possíveis alterações nas eliminações.

Algumas medidas preventivas para a diarreia podem ser instituídas, como: preferir uma dieta rica em proteínas e calorias, eliminar os alimentos estimulantes do peristaltismo, alimentar-se frequentemente e em menores porções e aumentar a ingesta hídrica. Os sujeitos desse estudo destacaram as seguintes orientações recebidas no grupo:

Se tiver diarreia, comer banana, por exemplo, evitar frituras e gorduras. (E1)

Não devo comer queijo e leite se estiver com diarreia, preferir frutas, como banana e maçã. (E5)

Em caso de diarreia tenho que tomar bastante líquido. (E6)

Comer batata, arroz, bolacha salgada, banana se eu tiver diarreia. (E14)

Quando ocorre a diarreia, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, de forma a evitar a desidratação, o desequilíbrio hidroeletrólítico, a fraqueza e a perda de peso. Porém, antidiarreicos são prescritos a critério médico e após uma avaliação criteriosa da etiologia do distúrbio, visto que, esses medicamentos são contraindicados em pacientes com diarreia infecciosa, por prolongarem a exposição da mucosa às toxinas bacterianas (BONASSA et al, 2012b, p. 344). O uso de antidiarreicos foi lembrado por apenas um paciente nesse estudo:

[...] se a diarreia estiver muito forte, pode tomar aqueles comprimidos, o *Imosec*. (E2)

A loperamida (*Imosec*), um opiáceo com capacidade de diminuir o trânsito intestinal, contribui para o aumento da consistência das fezes e redução da frequência evacuatória, reduzindo o desconforto abdominal. Essa droga não atravessa a barreira hematoencefálica, por isso, possui menos efeitos adversos que outros medicamentos similares. No entanto, é fundamental levar em consideração que o uso de agentes antidiarreicos pode levar à constipação (PASSOS, 2006).

A constipação intestinal é um distúrbio muito comum em pacientes oncológicos, que pode ser definido como a dificuldade de eliminar as fezes. Geralmente, está associado à diminuição da frequência nas evacuações, fezes com volume reduzido, endurecidas ou de difícil eliminação, bem como a sensação de evacuação incompleta e desconforto abdominal (AGRA et al, 2013). A constipação apresenta várias etiologias, tais como: o uso de medicamentos analgésicos opióides, inatividade física, diminuição da ingestão alimentar e hídrica, e a terapia com antineoplásicos que causam a neurotoxicidade – pois alteram a motilidade do intestino – ou a toxicidade gastrointestinal (BONASSA et al, 2012b, p. 347).

Os antineoplásicos do grupo dos alcalóides da vinca como, por exemplo, a vincristina, pode provocar a diminuição da motilidade gastrointestinal, devido à sua ação sobre o sistema nervoso do aparelho digestivo. A possibilidade de ocorrência da constipação depende da dose e frequência das aplicações desse medicamento (BRASIL, 2008a, p. 412). Dentre os entrevistados, apenas *E1* faz uso desse quimioterápico e, por isso, as orientações referentes à constipação devem ser reforçadas.

Alguns estudos demonstram que o controle da constipação pode ser realizado através de uma dieta baseada em fibras, carboidratos complexos e baixa ingestão de gorduras. Os benefícios gastrointestinais reconhecidos com o uso de fibras são: o efeito laxativo, redução na pressão intraluminal – o bolo fecal se torna mais macio e úmido – redução do tempo de trânsito intestinal e elevação do volume fecal (SANDRI, BERNARDI, SILVIERO, 2012).

Além disso, outras medidas indicadas no GO para prevenir e melhorar a constipação são: a atividade física regular, a ingestão hídrica adequada e a preferência por líquidos quentes, visto que estimulam o peristaltismo. Com relação às orientações prestadas no GO sobre esse assunto, os pacientes comentaram:

[...] Quando o intestino está trancado eu devo comer coisas que “soltam” o intestino, como o mamão, fibras e tomar bastante líquido. (E6)

[...] se eu tiver prisão de ventre posso comer mamão, ameixa, alimentos que tenham fibras. (E7)

[...] E se eu estiver constipado, tomar o chá da ameixa, comer mamão, fibras, grãos e pode usar o óleo mineral na comida. (E14)

O óleo mineral, citado pelo paciente *E14*, é um laxante oleoso, derivado do petróleo, que não é metabolizado e nem absorvido. Essa droga laxativa amolece as fezes sem causar irritações no trato gastrointestinal e sem estimular a peristalse e, por isso, é muito indicada aos pacientes em tratamento quimioterápico (BONASSA et al, 2012b, p. 349).

Finalmente, esse estudo demonstrou, em uma primeira análise, que as orientações prestadas no grupo com relação aos alimentos indicados no caso de alterações nas eliminações devem ser reforçadas. Nos relatos observa-se que alguns pacientes confundem as orientações ou acabam por esquecê-las:

Se tiver diarreia, pode comer só o caldo do feijão e não o grão [...] ou é o contrário [...] não me lembro bem. (E4)

Não me lembro o que é indicado comer se tiver prisão de ventre. (E5)

Quando a gente está com diarreia eu não sei o que tem que comer. (E13)

Para que o processo educativo ocorra de forma efetiva, é fundamental que as orientações sejam prestadas de forma clara e, que as informações sejam transmitidas em uma linguagem de fácil entendimento. Desse modo, os profissionais de saúde devem utilizar estratégias que facilitem a expressão do seu pensamento.

Para um melhor entendimento das informações, essa autora propõe que seja elaborada uma tabela ilustrativa, com alimentos que podem ser ingeridos ou que precisam ser evitados na ocorrência de diarreia ou constipação. Esse material poderá ser entregue no grupo, juntamente com o manual de orientações, e sugerido que a mesma seja exposta em um local de fácil visualização e acesso.

5.1.3 Cuidados com o sono, repouso e atividade física

A fadiga, ou seja, a diminuição de energia, persistente sensação de cansaço e progressiva necessidade de repouso, em pacientes oncológicos, está relacionada à doença ou ao tratamento quimioterápico. É um sintoma que interfere no desempenho de atividades diárias, afetando a qualidade de vida do paciente oncológico nas esferas física, social, profissional e financeira (SANTOS; MOTA; PIMENTA, 2008).

A fadiga é altamente prevalente nos indivíduos com câncer, afetando de 70% a 100% dos pacientes que realizam quimioterapia. Pode estar associada ao processo neoplásico ou às terapias mielossupressoras, visto que, frequentemente os pacientes com câncer são diagnosticados com anemia. Sabe-se que níveis de hemoglobina menores que 9g/dl causam fadiga severa (BONASSA et al, 2012b, p. 418).

Além disso, a fadiga comumente está associada a outros sintomas, como: fraqueza, sono excessivo, problemas de memória, entre outros. Desse modo, o manejo adequado da fadiga é fundamental para preservar a capacidade funcional e a tolerância ao tratamento (BONASSA et al, 2012b, p. 418). Quando questionados sobre o assunto os entrevistados responderam:

A quimioterapia dá bastante fadiga, às vezes mais, às vezes menos, mas tem que descansar bastante, se tiver vontade de ficar na cama, então ficar, só não pode ficar além da conta porque isso também não faz bem, pode ser sinal que está entrando em depressão. (E6)

Se eu tiver vontade eu vou fazer, se eu tiver disposição eu vou fazer alguma coisa. Mas eu posso ter cansaço, o dia do desânimo, ficar preguiçoso, quer dizer, posso ou não ficar. Então se tiver vontade eu posso fazer alguma coisa, se não alguém vai fazer para mim. [...] Uma coisa que eu gosto de fazer é limpar a casa, de deixar tudo arrumadinho, não posso ver sujeira pela casa, mas quando eu cansar eu paro. (E10)

É para eu fazer minhas atividades normais, dentro das minhas possibilidades. Eu até comentei com a enfermeira que eu tenho um armazém e ela disse que eu poderia continuar trabalhando desde que eu respeitasse os meus limites. (E11)

Nas falas acima, é possível perceber que os entrevistados gostariam de continuar realizando suas atividades habituais, como trabalhar e cuidar da casa, porém compreendem que o tratamento demanda períodos de repouso. Para melhorar esse sintoma podem ser utilizadas algumas estratégias, como: organizar os momentos de descanso e sono, alimentar-se adequadamente e realizar atividades de lazer.

Sendo assim, ter uma boa noite de sono, acordar todos os dias no mesmo horário e planejar as atividades, intercalando essas com períodos de repouso, podem auxiliar na melhora do sintoma. No entanto, o descanso diurno não deve ser prolongado, visto que pode aumentar a intensidade da fadiga (MENEZES, CAMARGO, 2006). Os discursos a seguir exemplificam o conhecimento dos sujeitos desse estudo com relação aos períodos de sono e repouso:

Tem que dormir bem [...] o cansaço vai depender de cada organismo, vai ter dias que tu vais precisar descansar mais, vai ter dias que tu vais estar mais disposta, mas também não pode querer exagerar. (E12)

Vai ser de acordo com o meu organismo, se eu estiver me sentido bem, eu posso fazer as minhas coisas normalmente, desde que eu respeite os limites do meu corpo, durma bem à noite e descanse quando achar que é necessário. (E14)

Muitas vezes, na ausência de orientação profissional adequada, e incentivados pelos familiares, os pacientes em tratamento quimioterápico tendem a delegar suas atividades cotidianas e descansar o máximo possível, porém estudos demonstram que não existe comprovação do benefício da redução das atividades e o aumento do período de sono na melhora da fadiga (MENEZES, CAMARGO, 2006). No relato a seguir, observamos a importância da orientação da equipe multiprofissional com relação a esse sintoma:

Até a minha esposa estava muito enérgica comigo, ela não queria que eu fizesse nada, aí o doutor e a enfermeira que deu a palestra disseram que eu posso cortar a grama, dirigir, que não precisa deixar de fazer as coisas, que é conforme eu me sentir, eu que vou saber se eu posso ou não posso fazer. (E10)

Tem-se evidenciado na literatura os efeitos positivos da atividade física regular na qualidade de vida dos pacientes com câncer. Exercícios de intensidade moderada auxiliam na manutenção da capacidade funcional, aumentam a tolerância às atividades rotineiras, melhoram a capacidade cardiorrespiratória e funcional, além de reduzir as alterações emocionais e os distúrbios do sono (SEIXAS; KESLLER, FRISON, 2010). Sobre a atividade física, os entrevistados relataram:

Durante o tratamento pode fazer umas caminhadas leves, devagar, para não ficar cansado. (E9)

Esse tratamento pede muito para a gente ficar deitado, mas é bom caminhar de vez em quando, fazer algum exercício. (E15)

Nesse contexto, a enfermagem tem como importante intervenção a avaliação do padrão de fadiga do indivíduo. Conhecer o início, duração, período, fatores que intensificam ou aliviam e como esse sintoma interfere na qualidade de vida e na capacidade funcional do paciente em tratamento quimioterápico. Sugere-se que seja utilizada como instrumento de mensuração da fadiga a escala de 0 a 10, sendo que 1 a 3 são considerados níveis baixos de fadiga, 4 a 6 moderados e 7 a 10 severos (BONASSA et al, 2012b, p. 420, 423).

Outro meio de avaliar a capacidade funcional dos pacientes é através da Escala de Performance ECOG. A escala foi criada pela Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) e validada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de mensurar a evolução das capacidades do paciente em sua vida diária, mantendo ao máximo sua autonomia. A

escala varia de 0 a 4, em que 0 é a classificação dada ao paciente sem restrições para realizar suas atividades, e 4 quando o paciente é incapaz de realizar autocuidados básicos (BONASSA, et al, 2012d, p. 467). É importante ressaltar que, atualmente, as enfermeiras do ambulatório de QT do HCPA aplicam essa escala em todos os atendimentos.

5.1.3 Cuidados com a sexualidade

Dependendo das drogas antineoplásicas utilizadas, dose aplicada e duração da terapêutica, os pacientes em tratamento quimioterápico podem sofrer disfunções gonadais e, conseqüentemente, alterações na fertilidade e função sexual, bem como, sequelas endócrinas, menopausa precoce e efeitos teratogênicos. Sabe-se, porém, que alguns danos à capacidade reprodutiva podem ser temporários, apesar de perdurarem por vários anos (CORLETA, 2008, p. 889).

Além do risco a longo prazo, quando os agentes antineoplásicos são administrados em gestantes, principalmente no primeiro trimestre da gestação, existe o risco de aborto e malformações congênitas. É responsabilidade da equipe de saúde expor de forma clara esses efeitos adversos aos pacientes e seus familiares (KREBS, 2009, p.558-559). Nos relatos a seguir, verifica-se a compreensão dos entrevistados sobre os cuidados no que se refere à sexualidade:

Tem que usar preservativo nas relações sexuais, pois a mulher não pode engravidar, tem risco de o bebê nascer com algum problema. (E1)

Pode continuar tendo relação normalmente, desde que seja protegida, tem que usar preservativo, principalmente quem tem mais de um parceiro. E as mulheres que estão fazendo quimioterapia não podem engravidar e nem os homens engravidar as parceiras, para não correr o risco de prejudicar a criança. (E14)

Considera-se que praticamente todas as drogas quimioterápicas atravessam a barreira placentária. Sendo assim, a necessidade de prevenir a gestação no decorrer do tratamento deve ser reforçada aos pacientes em idade reprodutiva, principalmente às mulheres. No caso de ocorrer a gravidez nesse período é fundamental definir a idade gestacional, visto que, no primeiro trimestre o risco de teratogenicidade é bastante elevado. Já no segundo e terceiro trimestre gestacional, a exposição aos antineoplásicos está associada a baixo peso ao nascer, prematuridade, microcefalia e atrasos no desenvolvimento (BONASSA et al, 2012b, p. 374).

Apesar das frequentes disfunções reprodutivas, alguns pacientes permanecem férteis durante a terapêutica, portanto, devem ser tomadas medidas contraceptivas. Em função da

mielossupressão, o dispositivo intrauterino não é recomendado, pois aumenta o risco de infecção e sangramentos, desse modo, se não houver contra-indicação, a mulher poderá fazer uso da pílula anticoncepcional (BONASSA et al, 2012b, p.375). Nesse estudo, o uso do preservativo, além de método contraceptivo, foi lembrado como meio de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's):

[...] se a pessoa tiver um namorado, tem que usar camisinha pra não ter risco de passar alguma doença para quem está fazendo o tratamento. (E3)

Tem que ter cuidado, usar camisinha, principalmente pessoas têm vários parceiros. (E6)

[...] pode ter relação, mas tem que usar preservativo, porque a gente fica mais sensível né, então ali pode ser uma entrada para infecção. (E12).

Culturalmente, a sexualidade não é abertamente discutida e, por vezes, na falta de iniciativa dos profissionais de saúde para discutir essa questão, o paciente não aborda o assunto e permanece com dúvidas. No discurso a seguir, infere-se que, apesar dos pacientes serem orientados no grupo quanto à sexualidade, ainda persiste dúvida sobre o assunto:

Sabe, eu nunca conversei com ninguém sobre isso, tu foi a primeira pessoa que me perguntou, mas eu tenho vontade. Eu sou viúva, não tenho relação há muito tempo, mas eu sinto vontade às vezes. Eu não sei se é o tratamento que faz isso e nem sei se eu posso ter relação por causa desses medicamentos que eu estou fazendo [...] (E13)

Há evidências de que o câncer e os fatores físicos (cirurgias mutiladoras que alteram a imagem corporal), psíquicos (mudanças na auto percepção) e sociais (preocupação de como os outros o veem) podem resultar em prejuízos significativos à função sexual mesmo quando a libido é mantida. Estudos realizados com portadores de doença oncológica, demonstraram a existência de disfunção sexual em ambos os sexos, como impotência e ejaculação precoce nos homens, e dispareunia nas mulheres (FLEURY, PANTAROTO, ABDO, 2011).

A redução da libido é comum entre os pacientes oncológicos, podendo estar associada à diminuição da lubrificação vaginal durante as relações sexuais. Nesses casos, em que há secura vaginal, o uso de lubrificantes hidrossolúveis é indicado. Essa questão foi referida por uma entrevistada:

O sexo é normal, só tem que ter alguns cuidados, tem que usar camisinha. Normalmente, com a quimioterapia tu perdes um pouco da lubrificação [...] (E8)

Desse modo, o paciente em quimioterapia deve ter conhecimento de que é possível continuar mantendo relações sexuais normalmente, visto que a sexualidade é essencial ao bem-estar e à qualidade de vida desses indivíduos (NISHIMOTO, 2009, p. 489). Para isso, o enfermeiro deve mostrar-se aberto para discutir as questões voltadas à sexualidade, seja no grupo ou individualmente, de modo que o paciente sinta-se a vontade para realizar questionamentos.

5.1.5 Prevenção de infecções, higiene e imagem corporal

A prevenção de infecções é um assunto que vem sendo muito discutido atualmente, principalmente no contexto da oncologia, visto que, em indivíduos neutropênicos, como é o caso de muitos pacientes que realizam QT, as infecções são mais frequentes e severas. Dentre as estratégias adotadas para reduzir as taxas de infecção está a higienização das mãos, considerada a medida de maior eficácia, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos (BRASIL, 2008b). Quando questionados sobre as informações fornecidas sobre os cuidados com a lavagem das mãos, surgiram as seguintes respostas:

[...] Tem que lavar as mãos e usar o álcool gel constantemente [...] por causa da imunidade, da leucopenia, para evitar infecções por vírus ou por bactérias, nesses casos tem que ser usado o álcool gel [...] (E1)

[...] a higiene das mãos é muito importante, tem que lavar seguido e quando não tiver torneira usar o álcool gel. (E7)

A higiene é muito importante, principalmente a higiene das mãos que é o principal meio de contaminação. (E14)

Nos discursos acima podemos observar que há uma atenção maior das enfermeiras do GO quanto ao controle de infecções. Além disso, percebe-se que os pacientes compreendem que, em virtude da patologia e do tratamento, estão mais vulneráveis e, portanto, a preocupação com a higiene das mãos é fundamental. O uso do álcool gel também foi citado pelos entrevistados:

[...] álcool gel é para fazer a higiene das mãos, por causa da contaminação. (E5)

O gel deve ser usado em qualquer lugar, onde não possa lavar as mãos, procurar levar ele sempre na bolsa e usar para limpar bem as mãos. (E6)

O álcool gel é para tudo, antes de comer, depois de encostar em algo que pode estar contaminado, como dinheiro, no ônibus [...] (E8)

As preparações alcoólicas para a higienização das mãos (gel, espuma e solução) são muito utilizadas, tanto nos serviços de saúde, como nos domicílios, pois são de fácil uso e manuseio. Vale ressaltar que todos os pacientes do ambulatório de QT do HCPA ganham um frasco de álcool gel quando iniciam o tratamento para incentivá-los a higienizar as mãos, porém é reforçado no GO que o uso das preparações alcoólicas não substitui a lavagem das mãos. As enfermeiras, ainda, ensinam que uma correta higienização das mãos envolve: fricção das palmas, dorso das mãos, espaços interdigitais, dorso dos dedos, polegares digitais e punhos.

Danos ocasionados pela QT às mucosas do trato gastrointestinal e respiratório facilitam a entrada de patógenos (BONASSA et al, 2012b, p. 311). Desse modo, uma estratégia recomendada pela equipe de saúde é o uso de máscaras respiratórias, principalmente, em locais onde não há circulação de ar e em aglomerações. As orientações do grupo relacionadas ao uso da máscara estão evidenciadas nos seguintes comentários:

A máscara tem que colocar em ambientes fechados, nos ônibus, porque é muita gente, a janela está fechada, todos respiram o mesmo ar, pode ter gente tossindo ou espirrando, e é um risco para mim, porque eu não posso pegar gripe, eu tenho que me cuidar para não me resfriar, então tem que usar a máscara para não pegar vírus. (E4)

As informações da máscara que me foram dadas foram as seguintes: só há necessidade de usar quando eu entrar no hospital, nos ambientes que não tem ar-condicionado e quando eu vou a algum lugar público, como o supermercado, onde tem alguma aglomeração de pessoas. (E8)

A máscara deve ser usada sempre que eu estiver em um lugar com concentração de pessoas, que não circule ar, por exemplo, dentro do ônibus, shopping ou supermercado em horário de muito movimento, aqui no hospital [...] (E14)

Os pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial são orientados, ainda, a monitorar a temperatura corporal, visto que a febre é considerada o primeiro sinal de infecção. De acordo com Bonassa et al (2012b, p.312) hipertermia é a temperatura acima de 37,8°C e a febre pode ser confirmada quando o paciente apresenta temperatura constante ou maior que 38°C ou, ainda, quando ocorre uma única tomada de temperatura acima de 38,3°C. Nas falas a seguir, os pacientes explicam como foram orientados a reconhecer a febre e a conduta a ser tomada nesse caso:

A febre é um sinal de infecção, a temperatura que é considerada febre é de 38°C para cima e se eu tiver febre devo procurar a emergência. (E1)

Se eu tiver febre durante o tratamento eu não devo tomar nada em casa de medicação, eu tenho que vir na emergência para eles me medicarem aqui, passando de 37,8°C tem que cuidar. (E3)

A higiene corporal adequada, bem como, a limpeza da casa também foram citadas pelos pacientes como estratégias para prevenção de infecções. Nesse sentido, os familiares são fundamentais na manutenção do lar, pois podem auxiliar a manter a casa limpa, com pouca umidade e sem acúmulo de pó. Os relatos dos entrevistados demonstram essa preocupação:

Ah, tomar banho, ficar limpinha, não passar muito creme cheiroso, porque pode dar enjojo e cuidar bem da casa, manter tudo limpo [...] (E5)

Tomar banho todos os dias, evitar cremes que tenham muito cheiro, procurar usar o dessas farmácias manipuladas que não tem fragrância; higienizar sempre o banheiro, ter o álcool gel sempre à mão, evitar comer comida sem a mão estar bem higienizada, manter a limpeza de casa, essas coisas assim. (E6)

A manutenção de uma higiene oral adequada é fundamental durante todo o tratamento, principalmente para prevenir a mucosite, inflamação da mucosa oral causada pelos agentes citotóxicos. Para escovação dos dentes e gengivas, recomenda-se que seja utilizada uma escova com cerdas macias, o creme dental não deve ser abrasivo e as soluções para bochecho não devem conter álcool, em virtude da sensibilidade da mucosa. Sobre a higiene oral os pacientes referiram:

[...] Na boca, escovar muitas vezes os dentes, porque o tratamento pode dar aftas, feridinhas, então tem que escovar os dentes várias vezes e a língua também, porque com o tratamento vai dando esse negócio na boca com o tempo. (E3)

É bom usar escova de dentes macia (E4); [...] Cada vez que comer, escovar bem os dentes, manter a boca sempre limpa para evitar a mucosite. (E14)

Existem diversas terapêuticas para minimizar a dor e melhorar a qualidade de vida do paciente com mucosite. Na mucosite leve e moderada pode ser realizado bochecho com hidróxido de alumínio, chá de camomila ou malva e aplicação de gelo local. Nos pacientes que apresentarem mucosite severa, deve-se utilizar a terapia com laser de baixa intensidade (HESPANHOL et al, 2010; SASSI, MACHADO, 2009).

Além disso, é fundamental manter o paciente hidratado e aplicar nos lábios produtos lubrificantes, à base de manteiga de cacau. Com relação às intervenções para prevenção e tratamento da mucosite, os entrevistados responderam:

Com relação à boca usar creme dental, se tiver mucosite usar a Nistatina, fazer bochecho com malva ou chá de camomila. (E1)

[...] E cuidar da boca, para não ter feridinhas, lavar bem a boca e usar o remedinho aquele se precisa – Nistatina – e se ressecar a boca pode usar manteiga de cacau ou um brilho labial. (E13)

A Nistatina, medicamento mencionado por *E1* e *E3*, é um antifúngico de uso tópico bastante prescrito para pacientes em quimioterapia como tratamento da mucosite. O uso de antifúngicos diminui a incidência de ulcerações, limitando a mucosite a áreas de eritema (HESPANHOL et al, 2010; RIBEIRO JR, BORBA, GUIMARÃES JR, 2010).

Outra fonte de fungos e bactérias é a cuia do chimarrão. Culturalmente, no estado do RS, o chimarrão está associado a bons momentos em rodas de conversa com pessoas de quem se gosta. Recomenda-se, então, que os pacientes em tratamento quimioterápico sigam com o hábito desde que tomem alguns cuidados, tais como: trocar a cuia de madeira por uma de plástico ou metal e higienizá-la adequadamente após o uso; trocar a erva-mate frequentemente; dividir a bebida com, no máximo, duas pessoas e não participar da roda de chimarrão se houver alguém resfriado. O discurso abaixo exemplifica o conhecimento transmitido no GO sobre o tema:

A enfermeira do grupo falou várias coisas, por exemplo, o chimarrão, não é que não pode, mas se deixar a cuia ali, porque a cuia, não sei se é madeira, então se deixar molhada de um dia para o outro ela pode criar fungo dentro, então já é um risco. Mas aquela pessoa que é doente por chimarrão, que acorda de manhã cedo e é a primeira coisa que faz, tem que ter muito cuidado, tem que lavar muito bem a cuia e trocar a erva seguido pra poder tomar chimarrão. (E3)

O trato dos animais domésticos também deve ser evitado, visto que, esses podem ser vetores de doenças. No entanto, não é proibida a interação com o animal de estimação, devido ao fato de que o mesmo é considerado uma companhia ao paciente, diminuindo os sentimentos de solidão, tristeza e ansiedade. A seguir os pacientes expressam os conhecimentos adquiridos no GO:

A enfermeira do grupo até comentou que pode acariciar os animais, mas pegar não; antigamente meus cachorros se deitavam nos meus pés, agora não, ela mesmo disse que não pode, e eu já não estava fazendo. (E2)

[...] se tiver alguma criação ou se tiver animais domésticos, que ficam dentro de casa, não deixar ficar em cima da cama, se passar a mão no bichinho ir lavar as mãos, não deixar subir na cama; quem tem criação não alimentar, não limpar as fezes. (E12)

A terapêutica oncológica pode trazer mudanças na percepção do corpo, afetando o emocional dos pacientes, principalmente do sexo feminino. Alguns autores definem a autoimagem como a representação cognitiva e emocional do corpo, ou seja, como nos sentimos em relação à nossa aparência física. Essa percepção está relacionada à insatisfação, distorção, depreciação e preocupação com o seu corpo, sendo todos esses itens influenciados por questões socioculturais e psicológicas (SILVA, CASTRO, CHEM, 2010).

No caso de pacientes com câncer de mama, por exemplo, a cirurgia implica na retirada do seio afetado. Os antineoplásicos administrados, por sua vez, trazem uma série de mudanças na aparência física, como a alopecia e a hiperpigmentação, causadas pela toxicidade dermatológica. Essas questões também são abordadas no GO, como exemplifica os seguintes relatos:

As unhas podem escurecer e pode usar um esmalte para tapar, eu gosto muito das unhas pintadas. E com relação ao cabelo ela sugeriu (*a enfermeira do grupo*) que se começasse a cair, cortar de uma vez só, porque quando a gente vê caindo é complicado, mas tem algumas que cai e outras que não cai, então esperar para ver se vai cair. (E6)

A enfermeira do grupo falou que podia cair o cabelo, mas que isso não é importante, porque depois do tratamento cresce de novo. (E12)

A queda de cabelo, induzida pela quimioterapia não é considerada pelos profissionais de saúde como um evento adverso de relevância clínica, porém, é comumente vista pelo paciente como o efeito colateral mais devastador, podendo interferir no convívio social. Entre os quimioterápicos associados à alopecia estão a *doxorubicina* e a *ciclofosfamida*, medicamentos de primeira linha no tratamento do câncer de mama (BONASSA et al, 2012b, p. 406). Nesse estudo, *E3* e *E6* fazem uso desse protocolo medicamentoso.

A hiperpigmentação pode ocorrer algumas semanas após a aplicação de determinados quimioterápicos e desaparece após o fim da terapêutica. Esse efeito adverso é mais evidente nas unhas e dobras cutâneas, no entanto, indivíduos não protegidos da exposição solar podem manifestar o aumento da pigmentação em todo o corpo (BONASSA et al, 2012b, p.403). No que diz respeito à proteção solar os entrevistados referiram o seguinte:

Não pegar sol, e se pegar sol tem que se cuidar, usar protetor solar, de preferência fator 30. (E1)

Ah, não pode pegar sol, se pegar é bom colocar um chapéu, sair mais de tardezinha e não quando o sol estiver muito quente. (E15)

Outras orientações relacionadas à imagem corporal também são fornecidas no GO. No relato abaixo podemos inferir que há uma preocupação das enfermeiras do grupo em demonstrar que, mesmo durante o tratamento quimioterápico, é possível levar a vida do modo mais natural possível.

A enfermeira também falou sobre maquiagem, que pode usar normal, pode passar um batonzinho, manteiga de cacau, só não pode fazer cutículas, um esmaltezinho pode passar, só não pode tirar as cutículas, fazer as unhas porque não pode ter cortes, não pode ter queimaduras, por exemplo, não pode se queimar na panela quem vem fazer quimioterapia, pois se tiver corte ou queimadura já vai prejudicar o tratamento. (E3)

Na fala da paciente E3 é retomada a preocupação com a prevenção de infecções, visto que, os pacientes são orientados a prevenir cortes, que podem ser entradas de patógenos. Ademais, o protocolo utilizado no tratamento da neoplasia de mama prevê um cuidado maior com queimaduras, visto que, quando a *doxorubicina* é aplicada pode ocorrer irritação, calor local e eritema, em virtude do potencial vesicante desse agente antineoplásico.

As drogas vesicantes são aqueles que provocam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando ocorre o extravasamento. Existem também quimioterápicos irritantes, que provocam dor e queimação quando extravasam, porém sem a formação de vesículas (BRASIL, 2008a, p. 412). Sendo assim, é importante que os pacientes estejam orientados que após a administração da *doxorubicina* não deve ser utilizado calor local, podendo o desconforto no local da aplicação aumentar.

5.2 BUSCANDO CONHECIMENTO

O diagnóstico do câncer e as suas terapias pressupõe grande ansiedade e preocupação para o paciente. Apesar dos progressos na medicina oncológica persiste o estigma do câncer ser uma doença incurável, que traz prejuízos físicos, sociais, psicológicos e financeiros (CARVALHO, 2008). Portanto, é natural que os pacientes se mostrem ávidos por informação, orientação e conhecimento, demandando que os profissionais de saúde estejam abertos a esclarecer quaisquer dúvidas existentes. Nesse estudo, alguns pacientes referiram ter buscado orientação com outros profissionais de saúde, fora do ambiente hospitalar.

Eu costumo buscar informação para tudo na minha vida, costumo buscar um contraponto, acho importante ter uma segunda opinião. Eu sou curioso, eu pesquiso, vou atrás da informação. A minha esposa não gosta muito que eu faça isso, mas é um mal necessário, não adianta. É um problema meu e eu tenho que estar informado

a respeito dele. E tem um acompanhamento com um oncologista particular que me ajuda bastante, conversa bastante e não interfere de forma alguma no tratamento, na conduta que foi adotada pela equipe, ele me dá um apoio. Às vezes, aquela conversa que o pessoal daqui não tem tempo disponível pra mim, eu consigo com ele. (E1)

Eu busquei orientação com vários profissionais, perguntando sempre; tem a minha médica de família do posto de saúde que me acompanha diariamente, que meu deu algumas informações, então, eu tenho muita confiança nos profissionais, não consigo só olhar na internet e saber como tudo funciona, porque nem sempre as respostas que estão ali são cem por cento corretas. (E8)

[...] Eu também tem uma amiga médica que me deu algumas orientações, mas foi mais sobre o tratamento, as medicações que eu ia fazer e os efeitos colaterais; com relação aos cuidados que precisa ter foi tudo explicado no grupo mesmo. (E14)

Além disso, muitos indivíduos buscam o conhecimento de modo informal, a partir das experiências de outras pessoas que vivenciaram uma situação semelhante. Quando o paciente oncológico compartilha experiências com o câncer e com os tratamentos, pode sentir-se mais confiante para enfrentar o tratamento, como podemos observar nos relatos abaixo:

[...] Inclusive tem uma amiga da igreja que fez quimioterapia que disse que não sentiu nada, que passou bem, que foi tranquilo, que não deu náuseas, não teve febre, nada, nada. E todo mundo disse que era bom eu fazer, me aconselharam, porque não tinha problema nenhum; até me explicaram como era, que tinha umas que era injeçãozinha, outras que era soro [...] (E5)

Eu tenho uma amiga no interior do estado que fez quimioterapia, ela retirou uma mama e esse acompanhamento todo eu fiz com ela, nas consultas, ia junto nas sessões de quimioterapia, todo esse processo que eu estou passando agora eu passei com ela, então parte de informações eu já tenho por ter passado com ela. (E6)

Tenho uma amiga que está passando pelo mesmo processo que eu e a gente conversa bastante a respeito disso. Ela faz o tratamento dela em outro hospital e o tratamento dela é diferente do meu, pois ela toma comprimidos em casa. E a resposta do organismo dela também foi diferente, então a gente troca experiências, conversa sobre as reações e assim vai indo. (E8)

Ressalta-se aqui que essa prática não é recomendada pelas enfermeiras do GO, que sugerem aos pacientes que as dúvidas sejam sempre esclarecidas com os profissionais de saúde. Porém, acredito que na construção do conhecimento deve se considerar a sabedoria que o indivíduo possui, mesmo que obtida de modo informal, incentivando o diálogo e o pensamento crítico.

Nesse estudo, alguns pacientes mencionaram que preferem não conversar com indivíduos que já passaram pela mesma situação, com receio de escutar histórias repletas de sofrimento e imaginar que as situações relatadas podem vir a acontecer consigo, conforme exemplifica os relatos a seguir:

[...] Com a gente foi assim, a pessoa sempre dá uma informação contando coisa ruim, em vez de dizer que é bom, tem pessoas que assustam bastante. Mas a gente já sabia, porque a minha sogra teve câncer há alguns anos atrás e a minha mãe agora está fazendo quimioterapia aqui também, então alguma coisa, mais ou menos, a gente já sabia. Até uma vizinha disse assim “porque me deu isso, isso e aquilo”, mas para mim não vai dar nada, nem todos são iguais. (E10)

Não, e eu nem quis saber. Por que eu acho que cada um vai reagir de uma forma, então como eu sou muito ansiosa, assim, então se tal pessoa sentiu algum sintoma, talvez eu nem fosse sentir isso, mas só porque a pessoa me falou eu vou achar que vai me dar porque naquela pessoa deu, então eu procuro ter os cuidados básicos e deixar para ver como o meu corpo vai reagir, em vez de ficar especulando o que os outros sentiram, porque se não tu entras em uma neura. (E12)

Olha, teve uma amiga que fez quimioterapia e ela veio conversar comigo sobre como tinha sido com ela, mas ela só falou coisas ruins, então eu não quis nem escutar direito, porque não é igual para todo mundo, cada organismo reage de um jeito diferente, são casos diferentes, medicações diferentes. (E14)

Atualmente, com a utilização de computadores em larga escala e as facilidades do acesso à internet, ocorreram mudanças significativas na busca por informação. Entretanto, a qualidade e a veracidade da informação é um dos mais importantes aspectos a serem considerados. Alguns pacientes referiram a internet e a televisão como meios de busca por conhecimento sobre o câncer e o tratamento quimioterápico:

A minha filha procurou na internet, sobre o câncer de mama, porque de mama a gente nunca teve na família, minha vó teve câncer de estômago, um tio morreu com câncer no pulmão e tem uma das minhas primas que está com tumor na cabeça, fora isso ela procurou. (E6)

Minha filha mexe em tudo, ela olha na internet as coisas da minha doença. Ela pesquisa tudo e depois conversa comigo [...] (E9)

Eu baixei vários manuais do Instituto Nacional do Câncer, li todos, conversei com a minha mãe e meus irmãos sobre como seria o tratamento. (E14)

Alguma coisa a gente vê pela televisão, quando eles mostram. (E15)

A necessidade de buscar informação advém da cultura popular, visto que buscar maiores informações sobre a sua situação de saúde é uma atitude esperada pela sociedade. Por outro lado, estudos identificaram que fatores socioeconômicos, idade e sexo também influenciam no interesse da procura por orientação (PIERRET, 2007).

Nos relatos acima, por exemplo, percebemos que, na maioria das vezes, são os filhos dos pacientes que acessam informações na internet, visto que é a geração que está mais adaptada ao uso da tecnologia. Do mesmo modo, sendo o paciente *E14* mais jovem e com grau de escolaridade elevado, o próprio buscou se apropriar do assunto tendo como base fontes seguras na internet.

5.3 DESCOBRINDO A FAMÍLIA CUIDADORA

Entende-se por família um grupo de pessoas que vivem em determinado local com vínculos afetivos de consanguinidade ou de convivência, sendo o primeiro núcleo de socialização que comumente transmitirá os valores e costumes que formarão a personalidade e o patrimônio cultural do indivíduo. Além disso, a família tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros (CARVALHO, 2008; SCHWARTZ et al 2009).

A debilidade causada pelo câncer e pelo tratamento quimioterápico implica em uma condição de dependência. No Brasil, tradicionalmente, o cuidado do ente enfermo é considerado de responsabilidade da família, colocando essa naturalmente no papel de cuidadora (SENA et al, 2011).

Além disso, para a realização da quimioterapia em nível ambulatorial é necessária a presença de um acompanhante. Na maioria das vezes, os efeitos adversos causados pela terapêutica exigem cuidado integral no domicílio, devido à debilidade que alguns pacientes sofrem nos dias decorrentes ao tratamento.

Nesta categoria estão as subcategorias *reorganizando a rotina familiar* e *valorizando o cuidar de si mesmo*. Nesta categoria, os vários modos de apoio da família ao paciente com câncer em tratamento quimioterápico foram relatados, desde o apoio emocional até o auxílio nos cuidados com a alimentação, higiene e a manutenção do lar.

5.3.1 Reorganizando a rotina familiar

Autores como Carvalho (2008) afirmam que na ocorrência de uma doença grave, como o câncer, toda a estrutura familiar sofre alterações, trazendo uma série de implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas, modificando a organização e a rotina diária da família, como é possível observar nos relatos a seguir:

A minha família me dá uma ajuda fantástica. Eles fazem tudo, me tratam, se eu preciso de alguma coisa e se estou cansado, deitado na cama eles me trazem isso ou aquilo, fazem café, vão ao supermercado, compram frutas. O cuidado que eles têm comigo eu não posso me queixar, meu guri não ajuda muito porque ele trabalha em Capão da Canoa, não dá para ele ficar vindo toda hora; ele até quer vir depois de fechar a loja, mas eu digo para ele que não precisa. E eu tenho muitos amigos e irmãos que estão sempre junto. (E2)

Eu moro com meu marido, meus filhos estão todos grandes e moram longe, só a minha guria que mora na mesma cidade que eu. Eu moro em uma chácara, mas agora estou “parando” mais na casa da minha guria, porque eu quase não posso fazer nada, então ela que está me cuidando [...] (E15)

A mudança de comportamento, por parte da família, inicia quase que imediatamente após o diagnóstico, quando começa a definir estratégias para os momentos de enfrentamento com a situação da doença. No entanto, é importante ressaltar que, a família não reage pura e simplesmente ao estresse trazido pela doença, mas sofre um processo de adaptação do mesmo. (BARROS, LOPES, 2007).

Os depoimentos que seguem demonstram a mudança no funcionamento familiar nas várias etapas da terapêutica oncológica. O primeiro ilustra como a doença trouxe consequências para a família e não só para a pessoa doente. Do mesmo modo, na segunda fala, percebe-se que o próprio paciente está consciente de que precisará de auxílio com seus cuidados no decorrer do tratamento e valoriza a presença do familiar no cuidado domiciliar:

A minha irmã está sempre me cuidando, toda hora com um copinho de água na minha frente e as roupas de cama todo dia ela lava, lençol, toalhas, sabe. Antes ela me ajudava em tudo, até no banho, agora não, agora eu já posso tomar banho sozinha, trocar de roupa, tudo sozinha e logo que eu fiz a cirurgia ela me ajudava o tempo inteirinho. (E3)

[...] A mãe que foi comigo no grupo de orientações porque eu sabia que ia precisar de alguém para me ajudar nos meus cuidados durante o tratamento, então essa pessoa também tinha que receber as orientações. [...] Ela faz minha comida, lava minhas roupas, me acompanha sempre que eu tenho que vir no hospital [...] Ela anotou tudo que foi falado no dia da palestra, então se acontecer alguma coisa, se a gente não lembrar, está tudo escrito ali. (E14)

A presença dos acompanhantes no GO também foi destacada em vários relatos. Além de a companhia influenciar na redução da ansiedade dos que vão iniciar o tratamento quimioterápico, infere-se que os familiares auxiliam os pacientes a fixarem às orientações prestadas com mais facilidade.

A minha filha foi comigo na palestra, porque eu sou muito esquecida, tu falas uma coisa e daqui a pouco eu já não me lembro mais. [...] a palestra foi bem boa, ela explicou tudo direitinho, só que é muita coisa, a gente não consegue gravar tudo! (E7)

Eu fui sozinho, porque não me avisaram que podia acompanhante, inclusive a minha esposa e nora estavam junto comigo no dia, aí quando eu entrei para a palestra e vi que estava todo mundo acompanhado que eu fiquei sabendo que era bom que alguém fosse junto, porque cada pessoa lembra de uma coisa, e como disse a enfermeira que deu a palestra, com a quimioterapia pode dar várias reações; uma quimioterapia é uma quimioterapia, outra vai ser diferente, às vezes pode dar uma reação e às vezes não. (E11)

Gutiérrez et al (2007) e Barros, Lopes (2007) , enfatizam que as relações afetivas são de suma importância para que se mantenha o bem-estar físico e psicológico de qualquer indivíduo, ou seja, o apoio e a solidariedade dos familiares e amigos, faz o paciente com câncer sentir-se menos fragilizado e mais seguro, aumentando a adesão ao tratamento, conforme é possível perceber nos seguintes relatos:

Minha esposa, minha sogra, meu sogro, minha filha, minha enteada, até pessoas externas. Eles me orientam, dizem para eu ter cuidado com isso ou aquilo. (E4)

Meus filhos e minha esposa ajudam em tudo, tanto na natureza financeira quanto nos meus cuidados. Eles me aconselham, dizem “pai, tem que fazer isso; pai, tem que fazer aquilo, tem que ir no médico, se cuidar” [...] E a minha esposa, olha, eu nunca precisei trocar a bolsinha, tanto a ostomia, quanto a colostomia é sempre ela que troca, ela faz tudo, trabalha fora e cuida de mim, eu estou sendo muito bem cuidado. (E10)

O diagnóstico do câncer vem acompanhado por grande preocupação, pois remete ao pensamento de morte e sofrimento, em virtude da incidência elevada e dos altos índices de mortalidade. Capello et al (2012) explica em sua análise que pacientes com doenças crônicas possuem acentuada dependência de cuidados, geralmente prestados pelos filhos e companheiros, como é o caso de *E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15*.

Muitas vezes, o familiar sente-se o único responsável pelos cuidados do indivíduo doente e acaba superprotegendo o mesmo, principalmente pelo medo da perda do ente querido. Assim, surge uma dependência parcial ou integral do paciente em relação ao seu familiar, que pode comprometer as relações familiares, causar privação social e interromper o curso normal da vida.

A minha filha e minha esposa ajudam em tudo, tudo, tudo. [...] Eu faço tudo sozinho, mas quando minha esposa está em casa ela não deixa eu fazer nada [...] é como a minha filha, elas fazem o meu café da manhã, meu almoço, mas eu gosto de eu mesmo de fazer as minhas coisas, sabe; eu boto roupa na máquina, dirijo, vou no supermercado, vou ver o meu neto, eu faço tudo; só quando elas estão na minha volta que elas não deixam eu fazer nada, parece até que eu estou morrendo, mas eu vou tomando conta da minha vida normal, eu caminho, vou na praça, me sento lá um pouco. Quando eu fico sozinho, quando minha filha vai embora eu fico meio triste, me dá dor de cabeça, enjoo, fico bem ruim, aí eu vou para a praça que tem perto de casa, converso com um conhecido e vai passando o tempo. Assim eu vou tocando a vida devagarinho. (E9)

Os familiares demonstram de diferentes maneiras o que sentem. Muitas vezes, os sentimentos de apreensão, preocupação, medo (da morte) e insegurança são contidos ou manifestados de maneira imprópria, por meio de imposições e discussões, como fica subentendido no discurso abaixo:

O que a minha filha faz é me xingar bastante [...] ela me traz muito aqui ó. Eu vou ser bem franca: eu fumei por cinquenta e tantos anos, desde novinha eu fumei, então agora ela cuida muito esse negócio, para eu não fumar, porque as minhas amigas todas são fumantes, e às vezes elas vão lá e eu dou uma “tragadinha”, então ela briga comigo. (E13)

Ademais, também se verificou que o familiar é figura essencial na manutenção do lar, principalmente em virtude da fadiga, sensação experimentada por quase todos os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico (SEIXAS, KESLLER, FRISON, 2010). De acordo com a North American Nursing Diagnostics Organization (NANDA) fadiga pode ser definida como uma “sensação opressiva e sustentada de exaustão e capacidade diminuída para realizar uma atividade física ou mental no nível habitual” (NANDA, 2012, p. 287). Observe os relatos que seguem:

Meu filho solteiro e meu esposo ajudam muito. Eles ajudam a fazer a limpeza da casa, lavar a louça, estão sempre me ajudando. E minha filha casada, às vezes vai lá para saber o que eu quero, o que eu preciso. Eu consigo me cuidar sozinha, até fazer a limpeza, mas quando eu estou muito cansada, com uma dorzinha eu paro e peço para eles me ajudarem. (E5)

[...] Eu não posso levantar peso, essas coisas assim, então a minha filha faz tudo para mim, lava a roupa, limpa a casa, deixa a comida adiantada de noite para no outro dia eu não precisar fazer, porque ela trabalha também. Quando eu não estou me sentindo bem, quando estou cansada ou quando eu fico com dor, ela me leva comida na cama. (E15)

Percebe-se, ainda, que os familiares também prestam auxílio no cuidado e preparo da alimentação, visto que os mesmos são orientados quanto à prevenção e manejo dos efeitos colaterais gastrointestinais decorrentes do tratamento:

Quando eu estou muito “trancado” a minha filha vai à fruteira e compra mamão. Ela prepara para eu comer e em seguida melhora. (E9)

[...] A minha filha cuida tudo direitinho, as coisas que eu tenho que fazer, principalmente a alimentação. (E13)

Infere-se, pois, que os familiares são essenciais no cuidado do paciente oncológico, e que precisam estar atentos no que diz respeito à alimentação do paciente, prevenindo que o mesmo tenha perdas significativas de peso, desenvolva anemia ferropriva e, conseqüentemente, aumente o intervalo entre as sessões de quimioterapia. Além disso, a presença dos familiares durante as consultas e as sessões de quimioterapia também faz com que o paciente sinta-se mais confiante para enfrentar a terapêutica.

Sendo a família tão importante no processo de cuidar do paciente oncológico, é fundamental que a mesma esteja capacitada para oferecer os cuidados necessários ao ente enfermo. Os enfermeiros devem ser os responsáveis por orientar a mesma, deixando-a livre de dúvidas, anseios e preocupações. Ressalta-se que, para a enfermagem, a família pode ser considerada um sistema de saúde permeado por um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (SCHWARTZ et al, 2009).

Neste sentido, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde devem levar em consideração os diferentes contextos, histórias, culturas e modos vida quotidiana, visto que, incluir a família nas ações de saúde possibilita diagnosticar os problemas, definir os objetivos e planejar as ações, ao mesmo tempo em que os familiares descobrem sua capacidade para o cuidado (SCHWARTZ, 2009; HAYASHI, CHICO, FERREIRA, 2006).

5.3.2 Valorizando o cuidar de si mesmo

A capacidade funcional da pessoa com câncer é afetada por diversos fatores, principalmente pelo tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais. Então, existe a possibilidade de perdas significativas nos níveis físico, social e profissional, gerando insegurança e sentimento de impotência. O relato a seguir expressa a insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas ou atividades prévias:

Eu não consigo fazer o que eu fazia antes [...] eu quero fazer as coisas, eu nunca fui parado eu sempre fiz tudo e depois que eu me aposentei eu continuei trabalhando, eu pintava moveis velhos e reformava e estava sempre lidando, as horas passavam ligeiro. O problema da gente, na minha idade, é que é pelos outros, que estão sofrendo em volta da gente, fazendo as coisas, isso motiva e também deixa a gente chateado, porque eu nunca precisei de ninguém, sempre fiz tudo para as gurias (*as filhas*), eu fazia tudo, difícil ter uma coisa que eu não soubesse fazer e agora eu não posso fazer nada. (E2)

Entende-se que a incapacidade funcional e a necessidade de cuidados acabam por excluir o indivíduo dos papéis sociais que desempenha, aumentando sua insegurança e ameaçando sua integridade. No depoimento de E2, por exemplo, é possível perceber que há uma inversão de papéis, ou seja, de chefe de família passou para a figura central que requer atenção dos familiares. Assim, infere-se que a doença pode fazer com que o paciente reavalie a sua vida, atitudes, comportamentos e o modo como se relaciona com as outras pessoas.

Observa-se, ainda, no discurso de *E11* e *E8*, a preocupação de que a sua condição de saúde interfira na vida e na rotina dos seus familiares.

“[...] E graças a Deus eu sou uma pessoa forte, eu mesmo me cuido, faço a minha comida [...] Eu tenho filhos também, mas cada um tem a sua vida, a vida é muito agitada” (*E11*).

Graças a Deus eu consigo fazer tudo sozinha e espero que não precise da ajuda de ninguém. Pelos meus filhos eu iria embora para o interior, mas como eu vou fazer isso? Eu tenho que estar perto de vocês, pois se eu estiver lá e acontecer alguma coisa errada eu tenho que ir direto para o hospital. E, além disso, tem o gasto com gasolina, pedágio, ter que tirar alguém do trabalho e não há necessidade disso, por enquanto eu estou bem aqui. Tenho uma amiga que mora perto que está toda hora me perguntando como eu estou, e eu tenho alguns amigos que estão sempre em volta, e de alguma forma tem alguém me cuidando. (*E8*)

Com esses relatos verificou-se que os pacientes valorizam a sua independência e a capacidade para o autocuidado. Desse modo, é fundamental que esses indivíduos sejam estimulados a aderir às orientações dos profissionais e compreendam que o cuidado com a sua saúde é o principal meio para o retorno à sua rotina e para que seja possível colocar-se novamente no papel social que ocupava anteriormente à patologia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou verificar o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial após participarem grupo de orientações. Sabendo que o contexto socioeconômico e cultural em que o indivíduo está inserido pode influenciar na adesão das orientações prestadas pela equipe de saúde, considerou-se fundamental conhecer o perfil dos entrevistados.

Neste trabalho, observou-se que a maioria dos participantes está na meia idade ou é idoso. Sabe-se que a incidência de doenças crônicas, além do câncer, como a hipertensão e o diabetes cresce proporcionalmente com a idade, por isso, devemos atentar para o fato de que esses pacientes necessitam de um cuidado especial à sua faixa etária.

No que se refere ao diagnóstico, os entrevistados apresentaram, em sua maioria, neoplasias comuns na população em geral, como o câncer de pulmão, mama, cólon, testículo e colo do útero, porém, também participaram sujeitos com tipos raros da doença, como o rabdomiossarcoma e a síndrome mielodisplásica. Os protocolos quimioterápicos utilizados foram bastante variados, sendo que a maioria deles recebe mais de um antineoplásico.

Com relação ao estado civil, grande parte dos entrevistados está casada e seus companheiros foram considerados os principais cuidadores do paciente no domicílio. No que diz respeito às questões espirituais, apesar das diferentes crenças religiosas, não foram observadas diferenças na adesão das orientações prestadas aos pacientes.

Ademais, ressalta-se que alguns entrevistados haviam participado do GO há menos de uma semana, enquanto outros há mais tempo. Desse modo, apesar de todos terem recebido as mesmas informações, isso pode explicar o fato de alguns pacientes não terem se lembrado de determinados cuidados. Além disso, deve-se levar em consideração que o conhecimento não é algo inerte, pois cada indivíduo o absorve de forma diferente, alguns lembrando determinadas orientações, enquanto outros recordando orientações diferentes. Do mesmo modo a baixa escolaridade apresentada pela maioria dos participantes também é fator que influencia na compreensão e na adesão das orientações.

A partir disso, percebeu-se que as orientações voltadas aos cuidados com a alimentação e hidratação foram as mais lembradas, visto que, recomendações comuns à população em geral e não apenas aos pacientes oncológicos. Infere-se, que o grupo auxilia na formação da conscientização sobre a importância de se ter uma alimentação saudável e ingestão hídrica adequada e que os pacientes passam a entender os motivos pelos quais devem seguir essas orientações durante o tratamento quimioterápico.

Sobre os cuidados com as eliminações, notou-se que alguns pacientes confundem os alimentos que podem auxiliar na melhora da diarreia e constipação, porém, ficou claro que todos entenderam que existem medidas não farmacológicas que podem ser tomadas perante essas situações, evitando o uso de medicamentos sem a real necessidade. De igual forma, quando questionados quanto aos cuidados com o sono, repouso e atividade física, os pacientes demonstraram compreender que a fadiga é um efeito colateral comum da quimioterapia e, por isso, é necessário respeitar os momentos de descanso, sendo possível continuar realizando determinadas atividades habituais.

A sexualidade dos pacientes em tratamento quimioterápico é um assunto pouco discutido pelos profissionais, mas de grande relevância para preservar a qualidade de vida desses indivíduos. O uso do preservativo foi lembrado pela maioria dos entrevistados, no entanto, apenas alguns destacaram o porque do seu uso, lembrando da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do fator teratogênico dos quimioterápicos.

Os participantes do estudo citaram a higiene corporal, a lavagem das mãos, o uso do álcool gel e da máscara respiratória como meios de prevenção de infecções e destacaram a febre como uma estratégia para monitorar o surgimento de uma infecção. Outras recomendações lembradas foram os cuidados com o chimarrão e com os animais.

Quanto aos cuidados relacionados à higiene oral, para prevenção e manejo da mucosite, destacaram-se a escovação dos dentes, o uso de enxaguante bucal sem álcool, e da Nistatina, comumente prescrita para pacientes em quimioterapia. Sobre a autoimagem, alguns entrevistados citaram orientações relacionadas aos cuidados com as unhas, exposição solar, uso de maquiagens e queda de cabelo.

Nesse estudo, destacou-se que grande parte dos pacientes procurou informações sobre o tratamento e seu cuidado através de outros meios, além do GO. Foram citadas as orientações prestadas por outros profissionais de saúde, obtidas por meio eletrônico e programas de televisão. O uso da internet foi referido principalmente pelos pacientes mais jovens, porém, alguns participantes mais velhos referiram que seus familiares utilizaram a internet como ferramenta para conhecer mais sobre a doença e o tratamento.

Os entrevistados divergiram opiniões sobre a troca de experiências com pessoas que já realizaram tratamento quimioterápico. Uma parte acredita que conversar com familiares, amigos ou conhecidos que vivenciaram o câncer pode aliviar a ansiedade, outros sugerem que conhecer as dificuldades enfrentadas, como os efeitos colaterais da quimioterapia, aumenta o receio relacionado à terapêutica.

Por fim, os familiares surgiram como figura essencial no cuidado do paciente. Após a reorganização da rotina domiciliar, um ou mais cuidadores assumirão naturalmente os cuidados do ente enfermo, podendo ocorrer uma inversão nos papéis sociais. A família cuidadora é fundamental para a manutenção do lar, para prestar apoio emocional ao doente, acompanhar o mesmo nas consultas e nas sessões de quimioterapia e lhe auxiliar em seus cuidados básicos no domicílio. Nos relatos dos entrevistados percebe-se a importância que a família tem em suas vidas, porém, muitos necessitam sentir-se independentes, lamentando as mudanças que o diagnóstico trouxe em suas vidas e valorizando o cuidar de si mesmo.

Com a elaboração deste trabalho, realizado com pacientes que participaram do GO para o tratamento quimioterápico ambulatorial, verificou-se que os grupos são fundamentais para a conscientização dos doentes oncológicos acerca do seu cuidado, para a construção de conhecimento e para prepará-los para executar cuidados domiciliares com mais confiança. Porém, para que essa ação educativa ocorra com êxito é necessário que o enfermeiro que ministra o grupo auxilie o paciente a desenvolver o conhecimento a partir de um pensar crítico e reflexivo sobre a sua saúde.

Além disso, as vivências e as experiências dos participantes do grupo devem ser compartilhadas, utilizando os saberes já existentes para gerar mais conhecimento, tornando a educação em saúde uma ação contínua. Por isso, é evidente que o GO é uma ferramenta que impulsiona a formação de conhecimento para os pacientes que irão iniciar o tratamento quimioterápico ambulatorial, porém, é apenas o início de um processo permanente de troca de saberes.

Por isso, o processo educativo a ser desenvolvido pela equipe de enfermagem durante o tratamento quimioterápico ambulatorial deve ser pensado, refletido e organizado, adotando estratégias que facilitem a compreensão das orientações prestadas para o paciente e seu familiar no que se refere ao cuidado domiciliar. Muitas vezes, a necessidades de cuidados especiais por parte do paciente, pode trazer medo e angústia, por isso, o enfermeiro precisa adquirir a sua confiança, criar vínculos e se disponibilizar a esclarecer suas dúvidas.

Percebe-se, então, a complexidade do processo de trabalho da enfermagem oncológica, visto que o mesmo exige conhecimento científico, habilidades técnicas e uma postura de cuidado centrado no paciente e seus familiares. Além disso, no ambulatório de quimioterapia, é fundamental que a enfermagem conheça a fisiopatologia do câncer, os protocolos quimioterápicos e seus possíveis efeitos colaterais para, então, orientar os pacientes de forma individualizada e auxiliá-los na prevenção e manejo desses sintomas, preservando a continuidade do tratamento e incentivando o seu cuidado.

7 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

A partir da análise das informações obtidas no estudo e das sugestões dos participantes, foram elaboradas recomendações com vistas a melhorar a compreensão das orientações prestadas no GO para os pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial.

- Atualização e revisão do manual de orientações fornecido no grupo, acrescentando espaços para que o paciente possa escrever seus próprios comentários e anotações sobre o que está sendo explicado no grupo.
- Discutir a possibilidade da promoção de mais encontros do grupo, dividindo o conteúdo a ser ensinado ou reforçando orientações que deixaram dúvidas aos pacientes. Alguns entrevistados acreditam que o fato do grupo ser antes da primeira sessão de quimioterapia, pode influenciar na compreensão das orientações, em virtude da ansiedade perante o desconhecido tratamento.
- Entrega de uma tabela ilustrativa com alimentos recomendados nos casos de diarreia e constipação, visto que essa orientação ainda causa confusão nos participantes.
- Realizar dinâmicas com os integrantes do grupo incentivando a participação, a reflexão e a troca de saberes.
- Procurar conhecer o máximo possível da realidade de cada paciente que está participando do grupo, em busca da necessidade de orientações individualizadas.
- Verificar dificuldades de compreensão e aprendizagem, bem como dúvidas que não foram esclarecidas e buscar outros momentos para promover a educação em saúde, caso não seja possível fazê-lo no grupo.
- Revisar o conteúdo que foi orientado no final de cada grupo.

Este estudo não pretende esgotar a temática apresentada, mas sim servir de subsídio para novas pesquisas relacionadas ao conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial e, também, para a realização de um estudo voltado para o conhecimento adquirido pelos familiares ao participarem do grupo. O trabalho pode incentivar, ainda, outras instituições a implementar os grupos educativos como instrumento para promoção do autocuidado dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

AGRA, G. et al. Constipação em pacientes com doença oncológica avançada em uso de opióides. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 472-478, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A13.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

ANDRADE, A. G.; PAIVA, A. C. Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes oncológicos. **Rev. Nutr. Pauta**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/07_artigo_perfil_nutricional_paciente_oncologico.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2014.

AQUINO, V.V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15. n.1, p. 42-47, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000100007&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 24 jan. 2014.

BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 858-865, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a11v61n6>> . Acesso em: 16 de fev. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, D.O., LOPES, R.L.M. Mulheres com câncer invasivo de colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 3, p. 295-298, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300009> . Acesso em: 16 maio 2014.

BASTOS, A.B. A técnica de grupos operativos à luz de Pichon Riviére e Henri Wallon. **Psicol. Inf.**, n. 14, p. 160-169, 2010. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>>. Acesso em: 28 set. 2013.

BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J.L.R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 2, n. 50, p. 95-101, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/artigo1.pdf> Acesso em: 24 jan. 2014.

BONASSA, E. M. A et al. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. In: BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012a.

_____. Reações adversas dos agentes antineoplásicos. In: BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012b.

_____. Segurança do paciente em oncologia. In: BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012d.

_____. Terapia Antineoplásica. In: BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012c.

BORGES, D.O.; ANJOS, A. C. Y. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico: adesão às orientações e a efetividade na diminuição de efeitos colaterais e atrasos no tratamento. **Horizonte Científico**, v. 5, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/13500/7942>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Relatório de Gestão do exercício de 2012 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: HCPA: 2013. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Publicacoes/relatorio_gestao_hcpa_2012.pdf>. Acesso: em 23 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Guia para implantação: um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2008b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf>. Acesso: em 14 abr. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Mortalidade proporcional por grupo de causas segundo sexo no período de 2010**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Óbitos por residência, por cor/raça segundo causa**. 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 1 de jun. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer**. Inca: Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em: 05 Nov. 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Atlas de Mortalidade por câncer**. [2013a]. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo01.action>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Anais_Consenso_internet.pdf>. Acesso em 16 fev. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Estadiamento**. [2013b]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em: 16 ago. 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em 01 de jun. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de cancer**. [2014b]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>>. Acesso em: 24 de jan. 2014.

CAPELLO, E.M.C.S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar cuidador frente à terminalidade de vida. **J. Health Sci. Inst.**, v. 39, n.3, p. 235-240, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_julset/V30_n3_2012_p235a240.pdf>. Acesso em: 16 maio 2014.

CARVALHO, C.S.U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

CASARI, A. P.; MANFRIN, S. C. P.; ARRUDA, M.F. Perfil epidemiológico e avaliação nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico do hospital escolar Emílio Carlos da cidade de Catanduva (SP). **Rev. Saúde Pesq.**, v.7, n.1, p. 85-93, 2014. Disponível em:

<<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/3345>>. Acesso em: 25 maio 2014.

CORLETA, H.V.E. Disfunção gonadal. In: GUIMARÃES, J.L.M; ROSA, D.D. **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEVITA JR., V.T; LAWRENCE, T.L. ROSENBERG, S.A. **DeVita, Hellman and Rosenberg's cancer: principles and practice of oncology**. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

FLEURY, H.J.; PANTAROTO, H.S.C.; ABDO, C.H.N. Sexualidade em oncologia. **Diagn. Tratamento**, v. 16, n.2, p. 86-90, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2061.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 2011.

GARICOCHEA, B. Biologia molecular da célula tumoral. In: GUIMARÃENS, J.L.M.; ROSA, D.D. **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008>. Acesso em: 24 jan. 2014.

GUTIERREZ, M.G.R. et al. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n.0, não paginado, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/462/107>>. Acesso em: 16 maio 2014.

HAYASHI, V.D.; CHICO, E.; FERREIRA, N.M.L. Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n.1, p. 13-20, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

HENRIQUES, M.C.L. et al. Autocuidado: a prática em mulheres com câncer de mama submetidos à quimioterapia. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 18, n. 4, p. 636-643. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400011&script=sci_arttext> . Acesso em: 16 fev. 2014.

HESPANHOL, F. L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciênc. & Saúde Col.**, v. 15., n. 1., p. 1085-1094, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/016.pdf>> Acesso em: 05 Nov. 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Enfermagem Onco-Hematológica**. [2013]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/3192/1328/>> Acesso em: 23 ago. 2013.

HULLEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S.B. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KREBS, L.U. Câncer e gravidez. In: GATES, R.A. **Segredos em enfermagem oncológica: respostas necessárias ao dia-a-dia**. 3. ed. Tradução Marcela Zanatta, Luciane Kalakun. Porto Alegre: Artmed: 2009.

MENEZES, M.F.B.; CAMARGO, T.C. A fadiga relacionada ao câncer como temática ne enfermagem oncológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 442-447, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000300020&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mar. 2014.

MONTEIRO, N.M.L. Câncer de esôfago: perfil das manifestações clínicas, histologia, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos à tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 55, n.1, p. 27-32, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/06_artigo_cancer_de_esofago.pdf>. Acesso em: 24 de jan. 2014.

MORETTI, G. Rabdomyosarcoma de cabeça e pescoço: 24 casos e revisão de literatura. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v. 76, n.4, p. 533-537, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v76n4/v76n4a20.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

MOTA, M.L.S.; GATO, M.I.R. Ajuste de dose dos agentes antineoplásicos. In: BONASSA, E.M.A.; GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

MURPHY, T. TELL, D.T. Diagnóstico e Estadiamento. In: GATES, R.A. **Segredos em enfermagem oncológica: respostas necessárias ao dia-a-dia**. 3. ed. Tradução Marcela Zanatta, Luciane Kalakun. Porto Alegre: Artmed: 2009.

NISHIMOTO, P.W. Sexualidade. In: GATES, R.A. **Segredos em enfermagem oncológica: respostas necessárias ao dia-a-dia**. 3. ed. Tradução Marcela Zanatta, Luciane Kalakun. Porto Alegre: Artmed: 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSTICS ORGANIZATION (NANDA).

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012-2014. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2012.

PASSOS, M.C.F. Síndrome do intestino irritável: ênfase ao tratamento. **J. Bras.**

Gastroenterol., Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 12-18, 2006. Disponível em: <<http://sindromeintestinoirritavel.blogspot.com.br/2009/02/sindrome-do-intestino-irritavel-enfase.html>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

PIARRET, J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research.

Sociology of Health & Illness, v. 22, n. 3, p. 4-22, 2007. Disponível em: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/53/73/PDF/Pierret_exp.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREDISCARIS, M.R. Extravasamento de antineoplásicos. In: GUIMARÃENS, J.L.M.; ROSA, D.D. **Rotinas em oncologia.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

RIBEIRO JR, O.R.; BORBA, A.M.; GUIMARÃES JR, J.G. Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do cirurgião dentista – revisão. **Rev. Clín. Pesq.**

Odontol., v. 6, n.1, p. 57-62, 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=36067&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

RIVIÈRE, E.P. **O processo grupal.** 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

SANDRI, R.; BERNARDI, J.R.; SILVIERO, J. Consumo de fibras e líquidos em mulheres de uma universidade da terceira idade no Sul do Brasil. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n.2, p. 213-225, 2012. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/213-225/pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

SANTOS, J.; MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Co-morbidade, fadiga e depressão em pacientes com câncer colorretal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 909-914, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a24v43n4.pdf>>. Acesso em 2 jun. 2014.

SASSI, L. M.; MACHADO, R.A. Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 3, p. 208-210, 2009. Disponível em: <<http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/352/316>> . Acesso em: 14 abr. 2014.

SCHWARTZ, E. et al. Avaliação de famílias: ferramenta de cuidado de enfermagem. **Cien. Cuid. Saúde**, v. 8, n. (supl.), p. 117-124, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9727>> . Acesso em: 16 maio 2014.

SEIXAS, R.J.; KESSLER, A.; FRISON, V.B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 56, n. 3, p. 321-330, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf> . Acesso em: 22 mar. 2014.

SENA, E.L.S. et al. Percepção dos familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.4, p. 774-781, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/17.pdf>> . Acesso em 01 jun. 2014.

SHAW, J.G. Carcinogênese e genética. In: GATES, R.A.; FINK, R.M. **Segredos em Enfermagem Oncológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed: 2009.

SILVA, E.B.T. **Grupo operativo de informação**. Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0211.pdf>> Acesso em: 22 out. 2013.

SILVA, M.S.; CASTRO, E.K.; CHEM, C. Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Univ. Psychol.**, Bogotá, v.11, n.1, p. 13, 23, 2012. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/514>> . Acesso em: 14 abr. 2014.

SIMÕES, F.V.; STIPP, M.A.C. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enfer.**, v. 10, n. 1, p. 139-44, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a19.pdf>> Acesso em: 22 out. 2013.

SOARES, L.C.; SANTANA, M.G.; MUNIZ, R.M. O fenômeno do câncer na vida dos idosos. **Ciê. Cuid. Saúde**, v. 9. n.1, p. 660-667, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7785>> Acesso em: 24 jan. 2014.

TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado de quimioterapia. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/07_artigo_perfil_nutricional_paciente_oncologico.pdf> . Acesso em: 16 fev. 2014.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VASSALO, J.; MAGALHÃES, S.M.M. Síndromes mielodisplásicas e mielodisplásicas/ mieloproliferativas. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 31, n.4, p. 267-272, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842009000400015&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 jan. 2014.

WILKES, G.M.; BARTON-BURKE, M. Princípios da Quimioterapia. In: In: GATES, R.A.; FINK, R.M. **Segredos em Enfermagem Oncológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed: 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

ZIMERMAN, D.E. Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, D.E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado “PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO AMBULATORIAL: conhecimento após o grupo de orientações”, que tem como objetivo *verificar o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial após participarem do grupo de orientações*.

Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos dessa pesquisa, mas poderão surgir desconfortos relacionados ao questionário e a duração da entrevista. A participação no estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros, além de auxiliar no desenvolvimento de estratégias para melhorar o atendimento e a qualidade de vida dos pacientes que realizam quimioterapia.

Para alcançar o objetivo do estudo, serão coletadas informações sobre o seu perfil (idade, sexo, raça, estado civil, local de residência, escolaridade, ocupação, crença religiosa) e, após participar do grupo de orientações, você responderá um questionário com perguntas relacionadas às orientações que recebeu das enfermeiras. Essa entrevista ocorrerá no Centro de Pesquisa Clínica (CPC) do HCPA em um dia que você tenha sessão de quimioterapia agendada, para que não precise vir ao hospital especificamente para responder ao questionário. Cada entrevista terá duração aproximada de 30 minutos. As respostas serão gravadas e depois transcritas pela pesquisadora e você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de Enfermagem Juliana Jéssy Bonini sob a orientação da Prof^{Ms} Ivana de Souza Karl. Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e em caso de dúvidas ou novas perguntas você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof^a. Ms^a Ivana de Souza Karl, endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2350, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Bairro Rio Branco, Porto Alegre/RS CEP 90035-903. Serviço de Enfermagem Onco-Hematológica Fone: 3359-8018.

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

-De que não está previsto nenhum pagamento ao participante do estudo e que o mesmo não terá nenhum gasto com os procedimentos envolvidos.

-Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca do assunto relacionado a esta pesquisa.

-Que poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos de dúvidas através do telefone 3359-7640, de segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

-De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, ou da entrevista não necessitando de justificativa para isso, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal ou para a continuidade do meu tratamento.

-Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos.

-Que não terei quaisquer benefícios e/ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa.

Declaro que recebi cópia deste *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, ficando a outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES

Data da entrevista: ___/___/___

Data que participou do grupo: ___/___/___

Parte I: Dados do prontuário eletrônico

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	DADOS CLÍNICOS
Prontuário:	Diagnóstico:
Nome:	
Idade:	
Raça:	
Estado Civil:	
Escolaridade:	
Profissão/ocupação:	
Crença religiosa:	Outro tratamento: () Cirurgia () Radioterapia () Imunoterapia () Hormonioterapia

Parte II: Roteiro da entrevista

1. Quem o acompanhou no grupo de orientações? Qual o grau de parentesco?
2. Com quem mora? Alguma dessas pessoas auxilia em seus cuidados? De que modo?
3. Você ou algum familiar buscou informações sobre o tratamento quimioterápico?
4. Ingera bebida alcoólica? Com que frequência?
5. É tabagista? Se sim, quantos cigarros, em média, fuma por dia?
6. Após receber as orientações do grupo, com relação ao tratamento quimioterápico e o autocuidado:
 - a) Que orientações você recorda que foram dadas quanto a ingestão hídrica e a alimentação?
 - b) Que alimentos são indicados nos casos de diarreia e constipação?
 - c) Que cuidados você precisará ter com o seu corpo durante o tratamento (proteção, higiene, uso de produtos de beleza)?
 - d) Quais cuidados são importantes no que diz respeito ao seu descanso (repouso, horas de sono, atividades diárias)?
 - e) Com relação à sexualidade, que cuidados devem ser seguidos?
 - f) Quais as recomendações sobre o uso da máscara e do álcool gel?
 - g) Que outros cuidados, discutidos no grupo, você julga importante realizar durante o tratamento quimioterápico?
 - h) Gostaria de fazer alguma sugestão para melhora do grupo?

**ANEXO A: PARECER DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Juliana Jessy Bonini

Dados Gerais:

Projeto N°: 26158 **Título:** PACIENTES EM TRATAMENTO
QUIMIOTERAPICO
AMBULATORIAL: conhecimento após
o grupo de orientações

Área de conhecimento: Enfermagem **Início:** 07/12/2013 **Previsão de conclusão:** 30/06/2014

Origem: Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil **Projeto da linha de pesquisa:** Tecnologias do cuidado em
enfermagem e saúde

Local de Realização: Unidade de
Quimioterapia
Ambulatorial – Hospital
de Clínicas de Porto
Alegre **Projeto sem finalidade adicional**

Objetivo: Verificar o conhecimento dos pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial após o grupo de orientações.

Palavras Chave:

CUIDADO DE ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

Equipe UFRGS:

Nome: IVANA DE SOUZA KARL
Coordenador - Início: 07/12/2013 Previsão de término: 30/06/2014

Nome: JULIANA JESSY BONINI
Pesquisador - Início: 07/12/2013 Previsão de término: 30/06/2014

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 18/12/2013

ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140071

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

IVANA DE SOUZA KARL

Título: O Grupo de Orientações para Pacientes em Tratamento Quimioterápico Ambulatorial: intervenção educativa para o autocuidado.

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 24 de fevereiro de 2014.

Prof. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA