

ARTIGO ORIGINAL

MULHERES EM BRAQUITERAPIA PÉLVICA: (DES)CONHECIMENTO E ATENÇÃO PROFISSIONAL COMO SIGNIFICADO

Érica Bernardes Duarte¹, Luciana Martins da Rosa², Vera Radünz³, Mirella Dias⁴, Rosimeri Helena da Silva⁵, Fernanda Lunardi⁶, Maira Roberta Pessi⁷

RESUMO

Objetivo: identificar o significado da braquiterapia nas narrativas de mulheres com câncer ginecológico.

Método: pesquisa narrativa realizada no Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brasil) com 32 mulheres em braquiterapia pélvica. Coletaram-se as narrativas, entre setembro de 2017 e julho de 2018, por entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo.


Resultados: das comunicações emergiram cinco categorias temáticas, neste estudo apresentam-se duas: (Des)conhecimento sobre a braquiterapia e Atendimento da equipe multiprofissional, que revelam o déficit de informações sobre a braquiterapia, os relatos de outras pessoas influenciando negativamente o significado da terapêutica e, opostamente, a infraestrutura, o atendimento da equipe e a fé influenciando positivamente.


Conclusão: evidencia-se a relevância da educação em saúde e da atenção profissional, minimizando os efeitos físicos e emocionais consequentes da terapêutica, impactando positivamente as narrativas das mulheres.


DESCRITORES: Braquiterapia; Neoplasias dos Genitais Femininos; Enfermagem; Neoplasias do Colo do Útero; Narrativa Pessoal.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Duarte EB, Rosa LM da, Radünz V, Dias M, da Silva RH da Lunardi F, et al. Mulheres em braquiterapia pélvica: (des) conhecimento e atenção profissional como significado. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68406>.

¹Enfermeira. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil. 


²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem e de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁴Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁵Enfermeira. Mestre em Gestão do Cuidado de Enfermagem. Enfermeira do Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁶Enfermeira. Residente Multiprofissional em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 

⁷Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Coordenadora do Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis, SC, Brasil. 

WOMEN IN PELVIC BRACHITHERAPY: (UN)KNOWLEDGE AND PROFESSIONAL CARE AS MEANING

ABSTRACT

Objective: to identify the meaning of brachytherapy in the narratives of women with genital cancer.

Method: narrative research conducted at the Centro de Pesquisas Oncológicas (Santa Catarina/Brazil) with 32 women in pelvic brachytherapy. The narratives were collected, between September 2017 and July 2018, using semi-structured interviews submitted to content analysis.

Results: five thematic categories emerged from the speeches, in this study two of them are presented: (Un)knowledge about brachytherapy and Care by the professional team, which reveal the deficit of information about brachytherapy, the reports of other people negatively influencing the meaning of the therapy and, on the other hand, the infrastructure, the service of the team and the faith positively influencing.

Conclusion: the relevance of health education and professional care is evident, minimizing the physical and emotional effects resulting from therapy, positively impacting women's narratives.

DESCRIPTORS: Brachytherapy; Genital Neoplasms, Female; Nursing; Uterine Cervical Neoplasms; Personal Narrative.

MUJERES EN BRAQUITERAPIA PÉLVICA: (DES)CONOCIMIENTO Y ATENCIÓN PROFESIONAL COMO SIGNIFICADO

RESUMEN:

Objetivo: Identificar el significado de la braquiterapia en los testimonios de mujeres con cáncer ginecológico.

Método: Investigación narrativa, realizada en el Centro de Investigaciones Oncológicas (Santa Catarina/Brasil), con 32 mujeres en braquiterapia pélvica. Los testimonios fueron recogidos entre setiembre de 2017 y julio de 2018, mediante entrevistas semiestructuradas sometidas a análisis de contenido.

Resultados: De las comunicaciones surgieron cinco categorías temáticas, en este estudio serán presentadas dos: (Des)conocimiento sobre la braquiterapia y Atención del equipo multiprofesional, que revelan el déficit de información sobre la braquiterapia, los testimonios de otras personas influyendo negativamente en el significado de la terapéutica y, de manera opuesta, la infraestructura, la atención del equipo y la fe ejerciendo influencia positiva.

Conclusión: Se evidencia la relevancia de la educación en salud y la atención profesional, minimizando los efectos físicos y emocionales derivados de la terapéutica, impactando positivamente en los testimonios de las mujeres.

DESCRIPTORES: Braquiterapia; Neoplasias de los Genitales Femeninos; Enfermería; Neoplasias del Cuello Uterino; Narrativa Personal.

INTRODUÇÃO

Anualmente ocorrem mais de um milhão de casos novos de cânceres ginecológicos em todo o mundo⁽¹⁾. O câncer do colo do útero, endométrio e ovários configuram as neoplasias malignas mais comuns que acometem a região ginecológica⁽²⁾.

Dentre essas topografias, o câncer do colo do útero se destaca, seguido do endométrio, dadas as elevadas taxas de incidência e consequências à saúde das mulheres, relacionadas ao funcionamento sexual, psicológico e social. A incidência mundial do câncer do colo do útero é de 569.847 novos casos a cada ano; no Brasil, 16.370 novos casos. Para o câncer do corpo do útero e dos ovários, no mundo e no Brasil, os números são respectivamente, 382.069 e 6.600 novos casos e 295.414 e 6.150 novos casos^(1,3,4).

Alterações relacionadas ao tratamento podem incluir distúrbios da imagem corporal, diminuição da qualidade de vida, transtornos depressivos e de ansiedade. Para o controle dos cânceres ginecológicos, as terapêuticas cirúrgica, quimioterápica e radioterápica (teleterapia e braquiterapia) são largamente indicadas⁽⁵⁾.

Destaca-se a braquiterapia de alta taxa de dose, que inclui três a quatro inserções de radiação ionizante, realizadas em duas semanas. As vantagens da modalidade alta taxa de dose incluem o posicionamento preciso da fonte, tempo de tratamento mais curto e menor risco de exposição dos profissionais à radiação⁽⁶⁾.

No Ambulatório de Radioterapia do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), uma instituição referência no atendimento oncológico em Santa Catarina (Brasil), as mulheres, não hysterectomizadas, submetidas à braquiterapia pélvica realizam o procedimento sob sedação/analgesia, enquanto as hysterectomizadas são submetidas à terapêutica sem sedação e/ou analgesia. Desde o início da intervenção anestésica, iniciada em 2015, não foi realizado estudo para avaliar a percepção dolorosa e o significado da braquiterapia.

Registra-se que, entre 2010 e 2014, foram submetidas à radioterapia no cenário do estudo 695 mulheres com câncer do colo do útero, 166 com câncer de endométrio, oito com câncer de vulva, seis com câncer de ovário, e cinco com câncer de vagina⁽⁷⁾.

Outro fator que justifica este estudo é a escassez de dados e estudos clínicos randomizados avaliando a dor ou desconfortos na braquiterapia. O desconforto experimentado pelas pacientes é uma combinação de causas múltiplas. Destaca-se que o trato reprodutivo feminino apresenta um grande número de terminações nervosas, e a ansiedade sentida é amplamente reconhecida como efeito colateral do procedimento ginecológico⁽⁸⁾.

Frente ao exposto, objetivou-se identificar o significado da braquiterapia nas narrativas de mulheres com câncer ginecológico.

MÉTODO

Pesquisa narrativa⁽⁹⁾ realizada com mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico e submetidas à braquiterapia no CEPON, com ou sem sedação e/ou analgesia. O atendimento mensal no cenário do estudo era de aproximadamente 12 mulheres sob sedação e cinco sem sedação e/ou analgesia.

A seleção das mulheres foi realizada de forma sequencial e por conveniência nos dias de altas da braquiterapia. O número de inclusões foi definido pela saturação dos dados (ausência de elementos novos, definida na análise dos dados)⁽¹⁰⁾ e mais duas entrevistas.

Para a coleta das narrativas, realizou-se, entre setembro de 2017 e julho de 2018, entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, aplicadas na alta da braquiterapia em consultório de enfermagem. As perguntas fechadas investigaram dados sociodemográficos, dados clínicos e prescrição medicamentosa para controle da dor (extraídas do prontuário da paciente) e avaliação da dor antes, durante e após a braquiterapia.

As perguntas abertas permitiram a investigação acerca do significado da dor e da braquiterapia. As perguntas disparadoras foram: "O que significou para você precisar fazer a braquiterapia?", "O que você sentiu durante o tratamento?". Perguntas complementares foram incluídas, sempre que necessário, para explorar-se a dimensão temporal (como as experiências passadas influenciaram a realidade atual); dimensão social (como as experiências pessoais/sociais/culturais impactam a narrativa); e dimensão lugar (como o ambiente impacta na narrativa)⁽⁹⁾.

As comunicações foram submetidas à análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, que incluiu pré-análise, exploração do material, aplicação das regras de enumeração, e tratamento dos resultados.

Da análise das narrativas, emergiram cinco categorias temáticas: (Des)conhecimento sobre a braquiterapia; Razões para o tratamento; Conforto prejudicado; Atendimento da equipe profissional; e Percepção dolorosa frente à braquiterapia. Neste estudo, a apresentação das categorias temáticas se limitará às categorias (Des)conhecimento sobre a braquiterapia e Atendimento da equipe profissional. Também será apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica das participantes (topografia, estadiamento do câncer e esquema terapêutico).

Para o anonimato das participantes adotou-se a codificação MB1-MB32. Aprovação ética registrada sob os pareceres/emenda 2570587 (02/04/2018) e 2650136 (11/05/2018).

RESULTADOS

As inclusões totalizaram 32 participantes, 20 (62%) realizaram o procedimento com sedação/analgesia, 12 (38%) sem sedação e/ou analgesia; a média de idade foi de 51 anos; a maioria, nos dois grupos, casada, 17 (53%); católica, 24 (75%); com ensino fundamental I completo, procedente da Grande Florianópolis, Região Norte e Sul de Santa Catarina, com respectivamente 10 mulheres (31%) em cada uma destas variáveis; com diagnóstico de câncer de colo do útero, 26 (81%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e topografia dos cânceres em mulheres submetidas à braquiterapia com e sem sedação/analgesia. Florianópolis, SC, Brasil, 2018 (continua)

Dados sociodemográficos	Sem sedação	Com sedação	Com e sem sedação	
	(n=12)	(n=20)	(n=32)	
	n	n	n	%
Idade (anos)				
Idade mínima-máxima	40-77	25-62	25-77	-
Média de idade	57	46	51	-
Estado civil				
Casada/união estável	8	15	23	72

Separada/divorciada	3	0	3	9
Solteira	0	4	4	13
Viúva	1	1	2	6
Religião				
Católica	11	13	24	75
Evangélica	1	6	7	22
Sem religião	0	1	1	3
Escolaridade				
Sem instrução	0	1	1	3
Fundamental I (completo e incompleto)	8	8	16	51
Fundamental II (completo e incompleto)	1	2	3	9
Ensino médio (completo e incompleto)	2	6	8	15
Ensino superior (completo e incompleto)	1	3	4	12
Região de procedência				
Norte	6	4	10	32
Grande Florianópolis	2	8	10	32
Sul	4	5	9	27
Outras regiões	0	3	3	9
Topografia do câncer				
Colo do útero	6	20	26	81
Endométrio	6	0	6	19

Das mulheres submetidas à braquiterapia sem sedação/analgesia, três (9%) realizaram cirurgia e braquiterapia; três (9%) cirurgia, teleterapia e braquiterapia; e nove (27%) cirurgia, teleterapia, quimioterapia e braquiterapia. O esquema terapêutico das 20 (62%) mulheres submetidas à braquiterapia com sedação/analgesia incluiu braquiterapia, teleterapia e quimioterapia.

Dos estadiamentos (FIGO- International Federation of Gynecology and Obstetrics), 10 (32%) casos no estágio I, 12 (37%) II, seis (19%) III, dois (6%) IV, dois (6%) casos sem registro desta informação.

(Des)conhecimento sobre a braquiterapia

As comunicações desta categoria temática mostram que mais da metade das mulheres (18 – 56%) desconhecia a braquiterapia antes do encaminhamento ao cenário do estudo, o que gerou medo e ansiedade (codificação na exploração do material: desconhecimento prévio do tratamento).

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

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

não sabia se ia doer, se não ia. (MB11)

Agrupam unidades de registro que retratam o déficit de informações ofertadas pelos profissionais a respeito do tratamento, prognóstico da doença, efeitos colaterais e cuidados relacionados pós-braquiterapia, e sobre o direito de decisão ao tratamento (codificação na exploração do material: direito à informação e decisão).

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

Segundo o médico que me operou, eu não precisava ter feito nada e o outro dizia que eu tinha que fazer tudo, e hoje [no último dia do tratamento] eu fiquei sabendo que eu vou ter que me tratar pelo resto da vida por causa da braquiterapia, e nunca ninguém me falou. E só hoje me explicaram que eu vou ter que fazer fisioterapia [uso de dilatador vaginal para prevenção da estenose] para o resto da minha vida. Eu acho que era meu direito saber disso antes, para poder decidir se ia fazer ou não a braquiterapia. Porque se eu dissesse que não queria, era minha escolha. Mas eu fui saber disso só hoje. (MB06)

Agrupam relatos de experiências de outras mulheres frente à braquiterapia, influenciando sentimentos, tais como medo, ansiedade e insegurança, tornando o início do processo terapêutico mais traumático a essas mulheres (codificação na exploração do material: opiniões e relatos causadores de medo e ansiedade).

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

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

Revelaram o incentivo, informação, apoio ou aconselhamentos de 29 (91%) participantes para outras mulheres em braquiterapia (codificação na exploração do material: conselhos para outras mulheres).

[...] inclusive, peguei até número de celular [de outra paciente] e a gente tá se comunicando, [...] Teve gente ali, de eu beijar e dar carinho e dizer: 'Tenha coragem, Deus vai lhe ajudar', sempre com uma palavra amiga, assim. (MB16)

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

Atendimento da equipe multiprofissional

Esta categoria agrupa unidades de registro que apontam as opiniões das participantes sobre os profissionais, infraestrutura e atendimento recebido (codificação na exploração do material: considerações sobre a equipe e infraestrutura).

O tratamento dos médicos, enfermeiros, recepcionistas é nota 10, todos maravilhosos, porque se a gente está doente e ainda encontra uma pessoa estúpida, grosseira, aí é que mata a gente antes da hora. (MB16)

[...] o tratamento aqui é especial [...] Eu fui muito bem atendida, e nunca mandaram eu esperar, nunca me trataram mal, [...] foi essencial esse tratamento pra mim aqui dentro. Foi

uma experiência de vida. [...] eu fui muito bem atendida. A gente sente saudade, quando a gente sai, sabia? Porque aqui a gente sente como uma família, tem amigos que estão fazendo, médicos, enfermeiros, eu sinto assim, as pessoas se ajudam muito. (MB13)

Revelam as recomendações de cuidado recebidas nas consultas de enfermagem relacionadas à braquiterapia e aos cuidados realizados (codificação na exploração do material: cuidados de enfermagem: orientações e adesão).

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

Ah, eles me orientaram pra tomar [chá de] quebra-pedra e fazer aquela lavagem com maçanilha e agora com esse outro [prótese peniana] para fazer o exercício [de dilatação vaginal]. (MB30)

DISCUSSÃO

O câncer do colo do útero é considerado raro em mulheres com até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até a faixa etária dos 45 a 50 anos. É um câncer evitável nos países desenvolvidos, mas sua incidência e mortalidade continuam elevadas, principalmente em regiões com menor condição socioeconômica^(2,11).

A incidência do câncer de endométrio aumentou em mais de 50% nas últimas duas décadas, e um dos fatores fortemente relacionado é a idade: 75% dos diagnósticos ou mais ocorrem em mulheres acima de 50 anos, e a média de idade é de 63 anos^(2,12).

Neste estudo, todas as participantes incluídas tinham diagnóstico de câncer do colo do útero ou do endométrio. Apesar da amostra não ser probabilística, este achado reafirma que essas neoplasias são as mais comuns dentre os cânceres ginecológicos.

A idade das participantes assemelhou-se a de outros estudos e, apesar da investigação não incluir a renda familiar, considerando a baixa escolaridade encontrada, deduz-se a relação com o baixo padrão socioeconômico. Este contribui para o menor acesso à saúde e casos de doenças avançadas, a exemplo dos estadiamentos encontrados e do número de casos de câncer do colo do útero, uma doença, como já afirmado, evitável ou que pode ser tratada sem a necessidade de braquiterapia, quando diagnosticada precocemente.

Estudo identificou a predominância de casos de câncer do colo uterino em mulheres com nenhum a três anos de escolaridade (84,17%), enquanto nas mulheres com mais de oito anos de escolaridade houve baixa incidência (14,83%), e conclui que, dentre os aspectos sociodemográficos, a escolaridade revela-se como a variável de maior influência sobre o risco de desenvolvimento da doença e recomenda a educação em saúde para redução das taxas de incidência⁽¹³⁾.

Observou-se que o desconhecimento e a desinformação sobre o tratamento, evidenciados nas comunicações das participantes, foram fatores geradores de medo e insegurança, prejudiciais à saúde psicológica das mulheres, e que, somados à baixa escolaridade, podem ter contribuído negativamente para o enfrentamento dos cuidados com o tratamento e a responsabilização com a saúde e autonomia à tomada de decisões.

Estudo aponta que as mulheres em braquiterapia, devido à falta de conhecimento

e equívocos sobre o tratamento, são ansiosas, reconhecendo ainda que a informação não alivia todos os medos das pacientes, mas contribui para o enfrentamento do tratamento. Mediante as informações profissionais, a paciente lida melhor com a nova condição de vida⁽¹⁴⁾.

A consulta de enfermagem, neste contexto, é vista como uma ferramenta essencial para suprir as necessidades de educação em saúde, assim, contribuindo para a ampliação do potencial de enfrentamento da doença e do tratamento, a partir da modificação de pensamentos e hábitos⁽¹⁵⁾. Frente aos achados, ressalta-se a necessidade de ampliação da abrangência da educação em saúde no cenário do estudo, como estratégia para redução do desconhecimento e controle das alterações psicológicas.

Os diálogos na sala de espera, em outros ambientes não institucionais e conteúdos encontrados na internet geraram significados ambíguos. Observaram-se informações geradoras de ansiedade, mas também a fala de estímulo das participantes incentivando o enfrentamento por outras mulheres que estavam iniciando a terapêutica, sendo o incentivo fortemente atrelado à esperança frente às crenças religiosas/fé. Os conselhos das participantes representaram uma forma implícita de deixar claro algo marcante de sua trajetória. Desejando força, lembraram os esforços que despenderam para superar o tratamento. Afirmando que "tudo dará certo", elas trouxeram à tona aquilo a que se apegaram, a esperança de cura, de que não houvesse prejuízos à saúde e a ausência de dor durante o procedimento.

Por conseguinte, identifica-se a relevância do atendimento profissional nas salas de espera, ou pelo menos, a investigação durante as consultas de saúde, dos diálogos ocorridos nesse ambiente, como estratégia para reforçar ou esclarecer conceitos firmados.

Estudo que desenvolveu ações em sala de espera no contexto oncológico, mostra que a atividade viabiliza o desenvolvimento da autonomia, da troca de saberes, dos afetos e da vinculação entre os usuários. Permite aos profissionais da saúde, juntos aos usuários, produzir novas representações ante a saúde, doença e os modos de cuidado, funcionando como um espaço acolhedor e crítico-reflexivo⁽¹⁶⁾.

No que se refere à religiosidade e/ou espiritualidade, observou-se a influência sobre o processo de enfrentamento. Assim, entende-se que os atendimentos de saúde devem valorizar esta dimensão. Estudo discute que diante do diagnóstico de câncer, a religião parece proteger contra o desenvolvimento de ansiedade, porque aumenta a esperança. Assim, sugere que as intervenções incluam a avaliação e consideração dos recursos religiosos na prática clínica da equipe multiprofissional⁽¹⁷⁾.

Em relação à atenção recebida dos profissionais, infraestrutura e organização dos serviços disponíveis, as comunicações revelaram elogios à equipe e à ambiência, mostrando a confiança no suporte técnico recebido, bem como o acolhimento e cuidado humanizado. Destaca-se que o cenário de estudo conta com equipe multiprofissional reconhecida pela atenção integral e humanizada aos pacientes em tratamento.

Frente ao déficit de informações sobre o tratamento e suas complicações, evidencia-se a necessidade de revisão das abordagens profissionais, principalmente por configurar um direito da mulher em braquiterapia.

Os resultados encontrados instigam a reflexão dos enfermeiros e equipe de saúde para a abrangência das informações intrínsecas ao processo de tratamento. Considera-se relevante que todas as informações sobre o tratamento, suas complicações, benefícios e cuidados relacionados durante e pós-tratamento sejam dialogados com as mulheres desde o início, utilizando-se a escuta atenta e a comunicação terapêutica necessária. Reorientações podem necessitar de reforços e/ou complementos em todas as consultas de enfermagem.

No contexto oncológico, há muitas comunicações difíceis⁽¹⁸⁾. Abordar o risco e a prevenção da estenose vaginal configura uma comunicação difícil. Mas sua avaliação, classificação e prevenção são determinantes para melhor qualidade de vida da mulher em

e pós-braquiterapia⁽¹⁹⁾.

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

As mulheres submetidas à braquiterapia devem ser orientadas quanto às características anatômicas ginecológicas femininas, sobre a braquiterapia e seus efeitos colaterais imediatos e tardios e cuidados relacionados, que incluem o desuso de cremes vaginais; a necessidade de comunicação à equipe de saúde de sangramento vaginal durante e após a braquiterapia; de retirada dos pelos pubianos; de oito horas em jejum antes do procedimento para sedação anestésica; ingestão hídrica de 2,5 a 3 litros de líquido por dia; adoção de alimentação saudável; comunicação à equipe de alterações na eliminação intestinal; cuidados com a pele da região perianal; verbalização de ansiedade, medos, inseguranças; uso da ducha ginecológica com chá de camomila uma vez ao dia; a realização de exercício de dilatação vaginal com uso da prótese peniana, em média, 2 a 3 vezes por semana, por cerca de dez minutos, iniciada após finalização do tratamento; retorno à atividade sexual cerca de um mês após o término da braquiterapia, quando da redução da resposta inflamatória; uso de lubrificante vaginal durante a relação sexual e/ou exercício de dilatação vaginal com prótese peniana, por tempo indeterminado ou conforme avaliação da fisioterapeuta; agendamento das consultas de seguimento com radioterapeuta, oncologista, ginecologista e fisioterapeuta⁽²⁰⁻²¹⁾.

Sintetizando a exploração tridimensional (dimensão tempo, social e de lugar) nas narrativas⁽⁹⁾, identificou-se que relatos ouvidos na sala de espera influenciam negativamente o significado da braquiterapia, gerando medo e ansiedade. O tempo futuro atrela-se ao apego à esperança da cura, à fé e aos cuidados pós-braquiterapia, destacando-se os cuidados para prevenção da estenose vaginal, “aceitos com restrição”. E ainda, nesta dimensão, encontraram-se a influência dos déficits de informações dos profissionais e a baixa escolaridade causando desinformação sobre o tratamento e cuidados.

Frente à dimensão social, o significado foi influenciado pela atenção da equipe multiprofissional e acolhimento recebidos, amenizando os significados da dimensão temporal. O significado frente à dimensão lugar associou-se à qualidade da infraestrutura e organização do serviço ofertado.

Como limite do estudo, aponta-se a inclusão de mulheres somente com câncer do colo do útero e do endométrio, excluindo-se as outras topografias dos cânceres ginecológicos. Estudo com inclusão mais abrangente deve ser realizado.

CONCLUSÃO

O significado da braquiterapia é fortemente influenciado na dimensão tempo (tempo presente) pelos relatos de outras pessoas, em geral, relatos que geram medo e ansiedade. O significado para o tempo futuro atrela-se à esperança da cura, à fé e aos cuidados pós-braquiterapia. Nestes, destacam-se a prevenção da estenose vaginal e a influência da desinformação, ocasionadas pelos déficits de informações dos profissionais e baixa escolaridade das participantes. Na dimensão social, o significado é influenciado pela atenção profissional e acolhimento recebido. Na dimensão lugar, o significado vincula-se à qualidade da infraestrutura e organização do serviço.

Evidencia-se a relevância da educação em saúde para minimizar os efeitos físicos e emocionais decorrentes da braquiterapia e impactar positivamente as narrativas das mulheres.

Entende-se que os achados podem contribuir para revisão da atenção oncológica e de enfermagem no cenário do estudo, destacando-se a necessidade da abrangência das informações sobre o tratamento e efeitos colaterais antes do início da braquiterapia.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica – PIICT Bolsas PIBIC/CNPq – PIBIC-Af/CNPq – BIPI/UFSC 2017/2018 - Edital PROPESQ 01/2017, pela concessão de bolsa PIBIC que permitiu o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer Onco*. [Internet]. 2019 [acesso em 16 jun 2019]; 144(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.31937>.
2. Funston G, O'Flynn H, Ryan NAJ, Hamilton W, Crosbie EJ. Recognizing gynecological cancer in primary care: risk factors, red flags, and referrals. *Adv Ther*. [Internet]. 2018 [acesso em 16 jun 2019]; 35(4). Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s12325-018-0683-3>.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
4. Iżycki D, Woźniak K, Iżycka N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Menopause Rev* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 15(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5114/pm.2016.61194>.
5. Minig L, Padilla-Iserte P, Zorrero C. The relevance of gynecologic oncologists to provide high-quality of care to women with gynecological cancer. *Frente Oncol*. [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 5:308. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2015.00308>.
6. Banerjee R, Kamrava M. Brachytherapy in the treatment of cervical cancer: a review. *Int J Womens Health* [Internet]. 2014 [acesso em 16 jun 2019]; 6. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S46247>.
7. Silva AAL da, Rosa LM da, Schoeller SD, Radünz V, Martins MM, Fernandes HIVM, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer no trato genital submetidas à radioterapia. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 16 jun 2019]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58467>.
8. Pellizzon ACA. Pain relief procedures before high-dose-rate brachytherapy for non-surgical treatment of cervix cancer. *J Contemp Brachytherapy* [Internet]. 2018 [acesso em 16 jun 2019]; 10(6). Disponível em: <https://doi.org/10.5114/jcb.2018.81027>.
9. Clandinin DJ. *Engaging in Narrative Inquiry*. WalnutCreek, CA: Left Coast Press, Inc.; 2013.
10. Bardin Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
11. Speck NM de G, Pinheiro J da S, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GR de A, Ribalta JCL. Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2015 [acesso em 17 jun 2019]; 13(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3222>.
12. Braun MM, Overbeek-Wager EA, Grumbo RJ. Diagnosis and management of Endometrial Cancer. *Am Fam Physician* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 93(6). Disponível em: <https://www.aafp.org/>

afp/2016/0315/p468.html.

13. Cavalcante A, Simão G, Camargo I, Faria L, Moreira M, Álvares W. Relação da escolaridade com o número de mortes por câncer de colo uterino. Rev. Educ. Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 16 jun 2019]; 2(1). Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/924>.
14. Ehlers A, Makanjee CR. Exploration of gynaecological cancer high dose-rate brachytherapy treatment: a pilot study. Pan Afr Med J. [Internet]. 2018 [acesso em 16 jun 2019]; 30:27. Disponível em: <https://www.dx.doi.org/10.11604/pamj.2018.30.27.14608>.
15. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB de, Melo GC de, Lima KR da S, Leite JL. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 20(2) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160043>.
16. Becker APS, Rocha NL da. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. Mental [Internet]. 2017 [acesso em 16 jun 2019]; 11(21). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004&lng=pt&tlng=pt.
17. Zarzycka B, Sliwak J, Krok D, Cizek P. Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle. Psychooncology [Internet]. 2019 [acesso em 16 jun 2019]; 28(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5155>.
18. Silva LP de S da, Santos I dos, Castro SZM de. Comunicação de notícias difíceis no contexto do cuidado em oncologia: revisão integrativa de literatura. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 24(3):e19940. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.19940>.
19. Silva RDN da, Rosa LM da, Radünz Vera, Cesconetto D. Evaluation and classification of vaginal stenosis in brachytherapy: instrument content validation for nurses. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 16 nov 2019]; 27(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005700016>.
20. Pessi MR, Feurchutte KK, Rosa LM da, Hammerschmidt KS de A, Radünz V, Alvarez AM. Prevenção da estenose vaginal pós-braquiterapia: Intervenção de enfermagem. Rev. enferm. UFPE online [Internet]. 2016 [acesso em 16 jun 2019]; 10(9). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11433>.
21. Ottawa Hospital. A guide to your HDR brachytherapy for cancer of the cervix. Ottawa: Ottawa Hospital; 2016 [acesso em 16 out 2018]. Disponível em: <https://www.ottawahospital.on.ca/en/documents/2017/01/cp85b-hdr-brachy-therapy-of-cervix-english-april-2016.pdf/>.

Recebido: 12/08/2019
Finalizado: 23/04/2020

Editora associada: Luciana Puchalski Kalinke

Autor Correspondente:

Luciana Martins da Rosa

Universidade Federal de Santa Catarina

R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n - 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil

E-mail: luciana.m.rosa@ufsc.br

Contribuição dos autores:

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - VR, MD, RHS, FL, MRP

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - EBD, LMR



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).