



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**MULHERES EM BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**

**Nadielle de Paula Moura Lira**

Brasília, abril de 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1007068.

Lira, Nadielle de Paula Mura.  
L769m Mulheras em braquiterapia para câncer de colo do útero:  
uma proposta de intervenção psicoeducativa / Nadielle de  
Paula Mura Lira. -- 2013.  
xiii, 135 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação  
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.  
Orientação: Elizabeth Queiroz

1. Câncer - Tratamento. 2. Psicologia clínica da saúde.  
3. Psicoterapia. I. Queiroz, Elizabeth. II. Título.

CDD 159.9:616-006.6



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**MULHERES EM BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO:  
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**

**Nadielle de Paula Moura Lira**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Queiroz**

Brasília, abril de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Queiroz – Presidente**

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento/Universidade de Brasília

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paula Elaine Diniz dos Reis – Membro**

Departamento de Enfermagem/Universidade de Brasília

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Membro**

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento/Universidade de Brasília

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Maria Fleury Seidl – Suplente**

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento/Universidade de Brasília

Brasília, abril de 2013

*Às mulheres que compartilharam suas vivências e acreditaram  
na proposta da intervenção psicoeducativa.  
À minha família que sempre incentivou e apoiou a  
concretização dos meus sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao bondoso Deus, por tudo, especialmente pelo amparo concedido, por ter colocado no meu caminho pessoas tão especiais e ter proporcionado uma das experiências mais significativas da minha vida.

À Beth, pela participação ativa na minha formação desde a graduação, pelos valiosos ensinamentos, pelo exemplo de comprometimento e ética, pelo cuidado, e por ter sido fundamental para a promoção de minha saúde mental nos momentos difíceis. Devido a sua postura humana e inspiradora, o aprendizado extrapolou os limites acadêmicos. Sou eternamente grata!

À Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, por ter me apresentado a Psicologia da Saúde, área pela qual sou apaixonada, como também pela compreensão, atenção e disponibilidade demonstrados na fase final dessa jornada.

À atenciosa, Paula Elaine Diniz dos Reis, pela contribuição na implementação desse projeto e pela disponibilidade em participar da banca examinadora.

À Eliane Maria Fleury Seidl, pelos conhecimentos compartilhados, pelas sugestões e pela disposição em aprimorar esse trabalho.

A todas as pacientes em braquiterapia com quem tive contato, pelas verdadeiras lições de vida. Às mulheres que participaram do estudo, por acreditarem na proposta da intervenção e partilharem suas vivências.

À estimada equipe de Radioterapia do CACON. Ao chefe do serviço, Samuel Avelino, por ter viabilizado com esmero a execução da pesquisa. À toda equipe médica, em especial ao Dr. Eronides Batalha, pelos esclarecimentos sobre radioterapia/braquiterapia, pelas incontáveis ajudas e pela dedicada participação na intervenção psicoeducativa. Às enfermeiras, Melina Neves, Priscila Maggi e Renata Lepsqueuer, pelo apoio em vários sentidos, inclusive na realização das palestras. Às secretárias Eliane e Rose, pela colaboração na identificação e acolhimento das pacientes.

A todos os meus familiares, pelo incentivo. Ao meu pai, Nilson, por investir com afeição na minha vida. À minha mãe, Ida, por ter despertado o meu interesse pelo conhecimento. À minha irmã, Naianne, pela paciência, apoio e torcida. Ao meu amado irmão, Igor, pela ternura e companheirismo. Amo vocês!

À Juciléia, por ter me introduzido na área da Psico-Oncologia, por ter aberto as portas do CACON para o projeto, pelo voto de confiança no meu trabalho, pelo o que me ensina.

À minha grande parceira, Chris, por ter doado o seu precioso tempo e empenho ao desenvolvimento desta pesquisa, pelo apoio emocional e pelos variados auxílios. Sua ajuda genuína me comoveu!

Às queridíssimas *hermanas*, Andreia, Clarissa, Fernanda, Graciana e Mariana, pelos diferentes suportes e pela presença amorosa, fiel e constante.

Às minhas companheiras de pós-graduação, Juliana, Helizett, Letícia, Mariana, Marinna, Michele e Graziela, pela prazerosa convivência, trocas e apoio.

A todos os amigos que direta ou indiretamente me acompanharam. À Bruna Santos, pelos incomensuráveis gestos de amizade. À Lívia Prado, que sempre está presente na minha vida, ainda que longe. À Priscila Ferreira, pelo incentivo à minha vontade de ingressar no mestrado e por ter me socorrido com o resumo do artigo. À Samia Abreu, por ter me auxiliado na preparação para o processo seletivo e pela agradável companhia. Aos meus queridos companheiros de graduação, Lilian, Maíra, Rodolfo e Sara, por sempre torcerem por mim.

Às prezadas residentes de psicologia do HUB, pelo suporte social em diversas ocasiões e pela escuta das minhas aflições: Larissa, Fabíola e Caroline.

Aos estudantes de Psico-Oncologia do 2º semestre de 2011, pela marcante contribuição à minha formação acadêmica.

À Aline Cavalcanti, Bárbara Monteiro, Pérolla Gomes e Thomaz Offred, por atenderem prontamente as urgências da pesquisa. Ao Felipe Valentini, pelo auxílio estatístico.

Ao Wanderley de Paula Júnior, pela recepção e pelas contribuições no planejamento da intervenção.

A todos os professores que estiveram presentes na minha trajetória. À Sheila Murta, por ter me oferecido diversas oportunidades de crescimento e pelas orientações. Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

*“Deve ficar claro para o médico [profissional de saúde] que, embora aquele seja um dos muitos pacientes com quem ele conversará naquele dia, para o paciente aquele pode ser o momento mais importante de todo o dia, de toda a semana.”*

(Perdicaris & Silva, 2008)



## RESUMO

Mulheres com câncer de colo do útero demandam uma atenção especial da equipe multiprofissional face à sua condição de vulnerabilidade. É imprescindível que sejam orientadas para reduzir o *distress* inerente ao processo de enfrentamento da doença de forma a incrementar a qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa de preparação psicológica para braquiterapia, individual e em grupo, sobre os níveis de *distress* e domínios da qualidade de vida. O estudo foi desenvolvido em um serviço de radioterapia, apresentou um delineamento quase-experimental com amostra selecionada por critérios de conveniência e empregou métodos quantitativos e qualitativos de coleta e análise dos dados. Participaram do estudo 36 mulheres distribuídas em três grupos: Grupo Controle - GC ( $n = 16$ ), Grupo Experimental de Intervenção em Grupo - GEIG ( $n = 6$ ) e Grupo Experimental de Intervenção Individual - GEII ( $n = 14$ ). As pacientes do GC receberam o atendimento padrão oferecido pelo serviço, que inclui as consultas com a equipe médica e de enfermagem. Os grupos experimentais participaram de uma intervenção psicoeducativa breve e estruturada em uma única sessão, de aproximadamente duas horas de duração. A intervenção foi executada entre a consulta de admissão e a primeira aplicação de braquiterapia. Sua avaliação foi realizada em três etapas com o uso das escalas HAD e FACT-Cx. Entrevistas semiestruturadas aconteceram antes e após o tratamento. A análise dos escores obtidos pelas escalas utilizou-se de ANOVA mista e os relatos das pacientes foram categorizados pela proposta de Bardin (2010). Os resultados mostraram que, independente do grupo, no momento de ingresso no serviço, as mulheres não dispunham de conhecimentos sobre a doença e o tratamento. Somente as participantes do GEIG e do GEII manifestaram, no primeiro momento de avaliação, níveis de *distress* que sugeriram a necessidade do recebimento de intervenções voltadas para o seu manejo. Ao se comparar os escores de *distress* entre os grupos nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*, constata-se que essa variável não diferiu de modo estatisticamente significativo entre os grupos. A análise dos níveis de *distress* dos três grupos permite afirmar que a intervenção individual possibilitou maior efeito na etapa pré-intervenção. No que se refere à qualidade de vida, os dados indicaram um aumento estatisticamente significativo no domínio bem estar funcional ao longo das avaliações, apenas entre as mulheres que participaram da intervenção. O GC destacou os aspectos desfavoráveis do tratamento e o cuidado prestado pela equipe foi percebido como muito satisfatório. Apesar da intervenção não ter apresentado efeito nas respostas de *distress*, as pacientes indicaram que os conteúdos abordados atenderam suas expectativas, promovendo a assimilação de informações sobre o tratamento, mudanças no estado emocional, disponibilização de suporte social/emocional, auxílio no controle do medo e modificações dos pensamentos sobre a braquiterapia, ressaltados como motivos para manutenção da intervenção. O formato individual revelou-se como alternativa mais viável à realidade do serviço. Recomenda-se a incorporação da atividade como parte da assistência oferecida nessa unidade.

**Palavras-chave:** câncer de colo do útero, braquiterapia de alta taxa de dose, *distress*, qualidade de vida, intervenção psicoeducativa.

## ABSTRACT

Women with cervical cancer require special attention from an interdisciplinary team given their vulnerable condition. It is imperative that they be oriented towards reducing the distress inherent in the process of coping with the disease in order to improve their quality of life. The aim of this research was to evaluate the effects of a psycho-educational intervention in psychological preparation for brachytherapy, with individuals and groups, on levels of distress and quality of life domains. The study was conducted in a radiotherapy service. It is a quasi-experimental design with a convenience sample which employed quantitative and qualitative methods of data collection and analysis. The study included 36 women divided into three groups: Control Group - GC (n = 16), Intervention Experimental Group - GEIG (n = 6) and Individual Intervention Experimental Group - GEII (n = 14). The GC patients received standard care offered by the service, which includes consultations with medical and nursing staff and radiotherapy. The experimental group participated in a directed and brief psycho-educational intervention, in a single session of approximately two hours. The intervention was taken place between the query admission and the first application of brachytherapy. Intervention evaluation was performed in three steps using the HAD and FACT-Cx scales. Semi-structured interviews took place before and after treatment. Mixed ANOVA was used to analyze scores obtained through the scales and reports of patients were categorized using Bardins' (2010) method of analysis. Results showed that regardless of group at the time of entry into the service, women lacked knowledge regarding the disease and treatment. Only women from GEIG and GEII expressed, at first assessment, levels of distress that suggested the need of receiving targeted interventions during their treatment. Comparing the scores of distress between the groups in the pre, post-intervention and follow up encounters, it appears that this variable did not have significant statistical difference amongst the groups. Analysis of levels of distress of the three groups suggests that individual intervention offered greater effect in the pre-intervention. With regard to quality of life, data indicates a significant statistical increase in welfare functional domains, throughout the evaluations, yet only among women who participated in the intervention. The GC highlighted unfavorable aspects of treatment and care provided by the staff was perceived as very satisfactory. Despite the intervention not affecting the responses of distress, patients indicated that the content covered met their expectations, promoting the assimilation of information about treatment, changes in emotional well-being, providing social / emotional support, aid in managing fear and changes in thoughts as to brachytherapy as key points that highlight the importance of maintaining the intervention. The individual format proved to be the most adequate alternative to the referred service. It is recommended that this activity be incorporated as part of the assistance offered in the unit.

**Keywords:** cervical cancer, high dose rate brachytherapy, distress, quality of life, psycho-educational intervention.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE TABELAS E FIGURAS .....</b>	<b>xii</b>
<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO 1. BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO TRATAMENTO .....</b>	<b>07</b>
1.1 Impactos psicossociais do câncer ginecológico .....	07
1.1.1 Câncer de colo do útero: etiologia, quadro clínico e tratamentos .....	09
1.2 A radioterapia como recurso terapêutico para pacientes oncológicos .....	14
1.2.1 O tratamento de braquiterapia para câncer de colo do útero .....	15
1.2 Implicações psicossociais da braquiterapia .....	18
<b>CAPÍTULO 2. INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PARA PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O MANEJO DE <i>DISTRESS</i> E INCREMENTO DA QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>20</b>
2.1 <i>Distress</i> : demandas para intervenção de pacientes em braquiterapia .....	20
2.2 A qualidade de vida como desfecho do cuidado de mulheres com câncer ginecológico .....	22
2.3 Intervenções psicoeducativas para pacientes com câncer ginecológico.....	24
<b>CAPÍTULO 3. OBJETIVOS .....</b>	<b>32</b>
3.1 Objetivo geral .....	32
3.2 Objetivos específicos .....	32
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
4.1 Delineamento do estudo .....	33
4.2 Local da investigação: Funcionamento do Setor de Radioterapia do CACON/HUB .....	34
4.3 Definição da intervenção: do planejamento à prática .....	36
4.4 Composição da amostra .....	39
4.5 Aspectos éticos .....	41
4.6 Instrumentos .....	42

4.6.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) .....	42
4.6.2 <i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Cancer</i> (FACT-Cx) .....	43
4.6.3 Roteiro de Entrevista Semiestruturada .....	45
4.6.4 Questionário de dados sociodemográficos e médico-clínicos .....	45
4.6.5 Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa.....	45
4.6.6 Instrumento sobre a Experiência na Braquiterapia .....	45
4.7 Materiais .....	46
4.8 Procedimentos de coleta dos dados .....	46
4.8.1 Etapa 1: Pré-intervenção(linha de base) .....	46
4.8.2 Etapa 2: Execução da intervenção psicoeducativa.....	48
4.8.2.1 Formato em grupo .....	50
4.8.2.2 Formato individual .....	51
4.8.3 Etapa 3: Pós-intervenção .....	53
4.8.4 Etapa 4: <i>Follow up</i> .....	53
4.9 Análise dos dados .....	54
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
5.1 Caracterização da amostra por grupo .....	56
5.2 Momento de ingresso no serviço .....	59
5.3 Avaliação do <i>distress</i> nas etapas pré, pós-intervenção e <i>follow up</i> .....	63
5.4 Avaliação da QV nas etapas pré, pós-intervenção e <i>follow up</i> .....	66
5.5 Avaliação da intervenção psicoeducativa pelas participantes dos grupos experimentais .....	70
5.6 Vivência em BATD na perspectiva das mulheres do GC .....	78
5.7 Similaridades e diferenças entre o grupo controle e os grupos experimentais .....	82
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>94</b>

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Níveis do estadiamento para câncer de colo uterino .....	12
Tabela 2	Número de sessões, frequência e duração das intervenções psicossociais avaliadas nos artigos analisados .....	30
Tabela 3	Fluxo de pacientes admitidas no serviço durante o período de coleta de dados .....	39
Tabela 4	Descrição sucinta das técnicas cognitivo-comportamentais empregadas na intervenção .....	49
Tabela 5	Descrição da sequência de atividades desenvolvidas na intervenção em grupo .....	51
Tabela 6	Descrição da sequência de atividades desenvolvidas na intervenção individual .....	52
Tabela 7	Síntese de cada etapa da pesquisa .....	54
Tabela 8	Dados sociodemográficos da amostra e das pacientes de cada grupo do estudo .....	57
Tabela 9	Dados médico-clínicos da amostra e das pacientes de cada grupo do estudo .....	58
Tabela 10	Conhecimentos preliminares sobre braquiterapia das pacientes dos três grupos antes da intervenção .....	59
Tabela 11	Média dos escores de <i>distress</i> de cada grupo nos três momentos de avaliação .....	64
Tabela 12	Comparações intra e inter grupos das médias dos escores nos domínios da FACT-Cx .....	67
Tabela 13	Percepções das pacientes em relação ao formato da intervenção psicoeducativa .....	73
Tabela 14	Avaliação da vivência em BATD pelas pacientes do GC .....	78
Figura 1	Aplicador em anel com sonda intrauterina utilizado no procedimento de braquiterapia .....	17
Figura 2	Fluxo de pacientes no estudo e composição final da amostra .....	41
Figura 3	Comparação dos níveis de <i>distress</i> entre os grupos nas três etapas de avaliação .....	65
Figura 4	Fatores determinantes para a participação na intervenção individual e em grupo .....	71
Figura 5	Alcance da intervenção em relação à expectativa .....	76
Figura 6	Satisfação das participantes do GC em relação ao cuidado oferecido pela equipe durante a braquiterapia .....	81

## LISTA DE SIGLAS

Anvisa	Agência de Vigilância Sanitária
APA	American Psychological Association
BATD	Braquiterapia de Alta Taxa de Dose
BBTD	Braquiterapia de Baixa Taxa de Dose
CACON/HUB	Centro de Alta Complexidade em Oncologia - Hospital Universitário de Brasília
CACONs	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCU	Câncer de Colo do Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
FACT-Cx	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Cancer</i>
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FS/UnB	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
GC	Grupo Controle
GEIG	Grupo Experimental de Intervenção em Grupo
GEII	Grupo Experimental de Intervenção Individual
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HPV	Papilomavírus Humano
HUB	Hospital Universitário de Brasília
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

## INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é a neoplasia do aparelho reprodutor feminino mais frequente nos países em desenvolvimento. Estima-se a incidência de aproximadamente 500 mil novos casos por ano em todo o mundo, sendo que 80% deles ocorrem na América Latina, África e Ásia. No Brasil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é o segundo tumor mais incidente entre as mulheres, superado apenas pelo câncer de mama. Além disso, representa a quarta causa de morte por câncer nessa população, levando a 4.986 óbitos no ano de 2010. Em 2012, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou o aparecimento de 17.540 casos novos. Na análise regional da doença no país, o Centro-Oeste ocupa a segunda posição (Brasil, 2001; Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2013; Mantese, 2008; Ribalta, Nicolau, Gonçalves, & Baracat, 2005).

A neoplasia no colo uterino é um sério problema de saúde pública em função da alta incidência, evolução mórbida e elevada mortalidade, embora consista em um dos melhores exemplos de doença que pode ser prevenida, considerando-se o conhecimento obtido sobre sua história natural e a oferta de métodos baratos de rastreamento para sua detecção. Contudo, persiste como o grupo de tumores mais comum entre as mulheres, no âmbito internacional em razão de falhas nos diferentes níveis de atenção (Ribalta et al., 2005; Santos, Vilicev, Masson, Schiavinato, & Esteves Junior, 2008).

O diagnóstico e tratamento dessa neoplasia geram mudanças físicas, psicológicas e no funcionamento sexual que podem afetar a qualidade de vida (Fernández, Pérez, Barthelemy, & Gil, 2006; Fuentes, Basurto, & Aguilar, 2007; Herzog & Wright, 2007). Investigações sobre as necessidades das pacientes têm indicado deficiências em diversas áreas, como no suporte emocional e no acesso a informações sobre prognóstico, modalidades terapêuticas e efeitos colaterais (Auchincloss & McCartney, 1998). Desse modo, a assistência a essas mulheres, requer além dos esforços curativos, o atendimento de demandas psicossociais, inclusive de seus parceiros e familiares.

O tratamento do câncer de colo do útero depende do estadiamento do tumor e de fatores psicossociais. As principais indicações são cirurgia (histerectomia), quimioterapia, radioterapia externa e braquiterapia. Esse último método é uma modalidade de radioterapia que aplica elementos radioativos em cavidades do corpo, dentro do tumor ou em íntimo contato com esse, para obter maior controle da doença e preservar as estruturas anatômicas adjacentes (Barros, 2007; Esteves, Oliveira, & Feijó, 2004; Frigato & Hoga, 2003; León-Pizarro et al., 2007; Mantese, 2008).

Na Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (BATD) para câncer de colo uterino, os procedimentos são ambulatoriais e planejados via computador. Os aplicadores são introduzidos no canal vaginal com a mulher em posição ginecológica, podendo receber sedação para diminuição do desconforto ocasionado pelo procedimento. Esse tratamento é percebido como agressivo e invasivo e que expõe sua intimidade no contexto de assistência à saúde (Barros, 2007).

A trajetória percorrida pela pesquisadora motivou a investigação das implicações psicossociais da braquiterapia na vida da mulher com câncer ginecológico, primeiro como estudante e, em seguida, como profissional da equipe. O contato com a Psico-Oncologia se deu na graduação mediante o curso de disciplinas específicas da área da saúde e o engajamento em projetos de pesquisa que abordavam temáticas relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer. O interesse em aprofundar conhecimentos teóricos e obter experiência prática no campo incitou seu ingresso como estagiária no momento de implantação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Nesse centro oncológico, a pesquisadora desempenhou atividades voltadas para a identificação das necessidades de pacientes com câncer ginecológico ao longo do tratamento de BATD. Para tanto, realizou observações da dinâmica de funcionamento da equipe, das condições do contexto de tratamento e das reações psicológicas manifestadas pelas pacientes. Entrevistas com essas mulheres também foram conduzidas com o intuito de apreender suas experiências. O acompanhamento dos procedimentos e a escuta dos sentimentos expressos por tais mulheres suscitaram intrigantes reflexões, entre as quais, a relevância do desenvolvimento de protocolos de intervenção.

A partir da análise inicial da literatura e de discussões do material verificado nas observações e entrevistas, foi delineado um projeto de pesquisa que de maneira sistemática efetuasse um levantamento das demandas. O projeto intitulado, “Avaliação dos Aspectos Psicossociais da Braquiterapia de Alta Taxa de Dose para Câncer Ginecológico no Centro de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Universitário de Brasília”, teve a finalidade de descrever variáveis psicossociais relativas à experiência de pacientes em braquiterapia. Pretendeu-se, ainda, averiguar o nível de informação dessas mulheres na ocasião do seu encaminhamento para o serviço. Essa pesquisa buscava suprir uma carência de estudos que analisavam a braquiterapia, em especial a BATD que apresenta peculiaridades a serem exploradas. A análise de dados preliminares obtidos nessa pesquisa possibilitou constatar a necessidade de planejar uma intervenção de preparação psicológica



para as pacientes em braquiterapia com a finalidade de contribuir para a redução dos níveis acentuados de *distress* verificados antes do tratamento e o fornecimento adequado de informações sobre a doença e o tratamento.

Embora seja um tratamento com repercussões significativas (Petersen, Graham, & Quinlivan, 2005; So & Chui, 2007; Velji & Fitch, 2001; Warnock, 2005), as investigações que examinaram a vivência de mulheres em braquiterapia não constituem uma produção expressiva e recente, sobretudo na área da Psicologia. Na literatura nacional, há registro de três trabalhos sobre essa modalidade de tratamento (Barros, 2007; Clapis & Mamede, 1996; Rosa & Sales, 2008).

Como psicóloga do CACON, a mestranda atendeu diferentes mulheres encaminhadas pela equipe que referiam medo do procedimento de braquiterapia com os depoimentos de outras pacientes. Verbalizações como “Um ferro vai ser enfiado lá dentro para queimar a doença”, preocupações com a presença de dor e de sangramento e com os efeitos colaterais do tratamento intensificavam os níveis de ansiedade observados. Essas pacientes solicitavam esclarecimentos sobre a braquiterapia (sua finalidade e procedimentos) e sobre seu estado clínico e prognóstico. Mencionavam ainda dificuldades em retomar a atividade sexual, pois temiam que o sexo prejudicasse sua resposta ao tratamento e até mesmo desencadeasse recidiva da doença. Verificou-se, portanto, a importância de implantar uma intervenção na rotina do serviço que viesse prover informações e suporte a essa população.

A literatura tem documentado uma variedade de intervenções direcionadas às necessidades psicológicas, sociais e/ou espirituais dos pacientes com câncer, evidenciando a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de assistência (Straub, 2005). Essas intervenções, denominadas de psicossociais, possuem diferentes objetivos, como abordar sentimentos de isolamento, desamparo e de alienação por meio da promoção da interação com outros pacientes que enfrentaram ou enfrentam uma situação similar; reduzir a ansiedade frente aos tratamentos; modificar percepções distorcidas; e atuar na insatisfação com o suporte social disponível. As modalidades mais comuns de intervenções psicossociais para pacientes oncológicos incluem a educação, o treino comportamental, a resolução de problemas e a psicoterapia suportiva. Tais intervenções podem ser desenvolvidas no formato individual ou em grupo (Baum & Andersen, 2001).

As intervenções psicossociais também buscam aumentar o nível de informação do paciente sobre a doença e tratamento por meio do reconhecimento e eliminação de estigmas. A ausência de informações acuradas pode propiciar o surgimento de crenças disfuncionais ou de medos que se configuram como barreiras para o manejo adequado dos

sintomas ou dos efeitos colaterais do tratamento, além de produzir um impacto negativo nas dimensões da qualidade de vida. Dessa forma, o fornecimento de esclarecimentos pode auxiliar os pacientes a construir expectativas mais realistas e reduzir ansiedade (Baum & Andersen, 2001; Hersch, Juraskova, Price, & Mullan, 2009).

Há evidências comprovando os efeitos positivos de intervenções psicossociais nas dimensões da qualidade de vida da população oncológica em geral. Apesar dos dados aparentemente favoráveis, diversos autores têm verificado que os estudos de avaliação de intervenções não são devidamente executados no plano metodológico, o que inviabiliza conclusões precisas e reforça a necessidade de novos estudos. Em revisão sistemática da literatura, observou-se que os resultados sobre o impacto de intervenções psicossociais na qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico foram contraditórios, indicando a necessidade de trabalhos que identifiquem os tipos de intervenções mais eficazes para incremento da qualidade de vida (Hersch et al., 2009).

Com as constatações examinadas na literatura e na experiência profissional, delimitou-se a seguinte problemática de investigação:

- a) Quais são os principais conteúdos a serem abordados em intervenções voltadas para pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico, especificamente com câncer de colo do útero?
- b) Intervenções psicoeducativas de preparação psicológica para a braquiterapia podem contribuir para a redução dos níveis de *distress* e o incremento da qualidade de vida?
- c) Como integrar as demandas psicossociais das mulheres atendidas no CACON/HUB em uma intervenção psicoeducativa compatível com a realidade do serviço?
- d) Quais as vantagens e limitações dessa proposta na perspectiva das pacientes e do serviço?

Frente às considerações expostas, a presente pesquisa visou avaliar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa para braquiterapia, no formato individual e em grupo, sobre os níveis de *distress* e domínios da qualidade de vida. O objetivo dessa proposta de intervenção foi oferecer uma preparação psicológica por meio da abordagem de dúvidas sobre a doença e o tratamento, do fornecimento de suporte emocional, do ensino de técnica psicológica para manejo de ansiedade e do treino em resolução de problemas.

Trata-se de um delineamento quase-experimental com uma amostra selecionada por critérios de conveniência e que empregou métodos quantitativos e qualitativos de coleta e análise dos dados. Seu desenvolvimento incluiu: (1) o planejamento da intervenção com

base nas informações disponíveis na literatura, no levantamento de necessidades das pacientes e na experiência profissional da pesquisadora; (2) a execução da intervenção psicoeducativa no formato individual e em grupo; (3) a avaliação dos seus efeitos nas respostas de *distress* e nos domínios da qualidade de vida. A avaliação da intervenção foi realizada em três etapas diferentes com o uso de escalas e entrevistas semiestruturadas: pré-intervenção, pós-intervenção e *follow up*.

A presente dissertação foi organizada em cinco capítulos. Os dois primeiros capítulos apresentam a revisão teórica que fundamentou a pesquisa. No **Capítulo 1**, discorre-se sobre a delimitação do câncer ginecológico e os aspectos psicológicos relacionados; a etiologia, o quadro clínico e as modalidades de tratamento do câncer de colo do útero; a definição do tratamento de BATD e suas implicações psicossociais. O **Capítulo 2** aborda a temática das intervenções psicossociais para pacientes oncológicos, enfatizando aquelas desenvolvidas para a população com câncer ginecológico e em tratamento com braquiterapia, a partir de uma discussão dos conceitos de *distress* e qualidade de vida.

Os capítulos seguintes explanam os procedimentos de execução da investigação e os resultados encontrados. O **Capítulo 3** explicita o objetivo geral e os específicos que nortearam a realização do estudo. O **Capítulo 4** descreve o delineamento metodológico adotado e o planejamento da intervenção psicoeducativa. No **Capítulo 5**, os dados obtidos são descritos e discutidos seguindo uma ordem de apresentação organizada em seis eixos: (1) caracterização da amostra por grupo, (2) informações sobre as mulheres no momento de ingresso no serviço, (3) avaliação do *distress* nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*, (4) avaliação da QV nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*, (5) avaliação da intervenção psicoeducativa pelas participantes dos grupos experimentais, (6) vivência em BATD na perspectiva das mulheres do grupo controle e (7) similaridades e diferenças entre o grupo controle e os grupos experimentais. Para finalizar, são expostas as considerações finais acerca da pesquisa, ressaltando-se suas contribuições e limitações e indicando, ainda, sugestões para o desenvolvimento de estudos futuros. As referências apresentadas posteriormente cumprem as normas da American Psychological Association (APA), 6ª edição.

Na sequência, são disponibilizados em anexo os documentos referentes ao desenvolvimento da pesquisa: o protocolo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP); as escalas e os roteiros de entrevista semiestruturada; a carta de autorização de uso da escala de avaliação da qualidade de vida pela instituição detentora

dos direitos autorais; os materiais utilizados na intervenção psicoeducativa; e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de cada um dos grupos do estudo.

## **CAPÍTULO 1**

### **BRAQUITERAPIA PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DO TRATAMENTO**

Este capítulo propõe a contextualização da doença e do tratamento oncológico que se configuram como objetos de estudo desta dissertação. Nessa perspectiva, são expostas informações sobre os impactos psicossociais do câncer ginecológico, ressaltando-se, especificamente, os aspectos clínicos do câncer de colo do útero. A descrição do tratamento de BATD para câncer ginecológico também é apresentada, levantando-se as implicações do procedimento.

#### **1.1 Impactos psicossociais do câncer ginecológico**

O câncer ginecológico caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células no trato genital feminino (colo do útero, vagina e vulva) e nos órgãos pélvicos (ovários, endométrio e tubas uterinas), representando um grupo de neoplasias presente com maior frequência em mulheres mais velhas, contudo podendo ser identificado também em outras fases do ciclo de vida. Os sintomas incluem desconforto abdominal; distensão; sangramento vaginal entre os períodos menstruais ou após a menopausa; dor lombar, abdominal e/ou durante a relação sexual (dispareunia); e alterações fisiológicas da bexiga e do intestino (Auchincloss & McCartney, 1998; Ribalta et al., 2005).

Os tumores ginecológicos são assintomáticos e, nos estágios iniciais, produzem poucos sintomas que são similares a outros contextos de adoecimento. Em decorrência disso, muitas pacientes demoram a buscar auxílio médico para a detecção e avaliação da doença e a própria equipe de saúde costuma enfrentar dificuldade na definição do diagnóstico (Auchincloss & McCartney, 1998).

Determinadas experiências vividas pelo paciente oncológico perpassam os diferentes tipos de câncer, como o impacto do diagnóstico; o início, seguimento e término do tratamento; a sobrevivência ao câncer; os dilemas relativos ao quadro de dor; a progressão da doença e a necessidade de cuidados paliativos; a vivência do processo de morte, morrer e luto. Todavia, o câncer ginecológico suscita mudanças específicas em virtude dos órgãos acometidos estarem associados com a feminilidade, sexualidade e fertilidade (Auchincloss & McCartney, 1998; Hersch et al., 2009).

A mulher com neoplasia ginecológica é submetida a um protocolo de tratamento complexo que abrange métodos sequenciados (cirurgia, quimioterapia e radioterapia). Com isso, ela acaba confrontando-se de modo cumulativo com os efeitos colaterais das

modalidades terapêuticas empregadas. Prejuízos no funcionamento sexual podem advir das mudanças anatômicas e fisiológicas acarretadas pelo tratamento (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Auchincloss & McCartney, 1998; Hersch et al., 2009).

Desse modo, o câncer ginecológico resulta em diversas implicações. Auchincloss e McCartney (1998) apontam que uma delas refere-se ao estigma social que o permeia, uma vez que atinge uma parte do corpo relacionada diretamente à resposta sexual feminina e à reprodução. Sentimentos de vergonha, constrangimento, raiva e culpa são referidos frequentemente. Pacientes com esse tipo de câncer evitam, assim, discutir abertamente sobre o tratamento e seus efeitos, restringindo sua vivência a membros da família ou a poucos amigos mais íntimos. Como resultado, a mulher tratada para essa neoplasia acaba mantendo-se isolada. As relações com pessoas que possuem o mesmo problema de saúde ficam circunscritas àquelas mulheres com quem teve contato no ambiente hospitalar.

Um segundo aspecto referente aos tumores do aparelho genital feminino inclui as diversas mudanças físicas ocasionadas pelo tratamento. Entre elas, destaca-se a perda da função ovariana que antecipa o início da menopausa, impedindo a mulher de se deparar com os ciclos peculiares da vida feminina, como a menstruação e a gravidez. Um conjunto de reações decorrentes da falta de estrógeno (fogachos, ressecamento da vagina, alterações na pele e no cabelo e distúrbios de humor) repercute no seu estado emocional, tendo em vista que o seu surgimento ocorre de forma abrupta após o tratamento e propiciam a sensação de envelhecimento precoce (Auchincloss & McCartney, 1998).

Outras mudanças físicas compreendem as alterações da função intestinal, urinária e sexual, as quais requerem da mulher um significativo processo de adaptação. Tais eventos modificam o autoconceito e sua própria aceitação enquanto parceira sexual. Auchincloss e McCartney (1998) enfatizam que intervenções psicossociais podem auxiliar o ajustamento psicológico, favorecer o manejo adequado dessas mudanças e oferecer um espaço para explorarem seus sentimentos.

Além das mudanças físicas, a paciente com câncer ginecológico está particularmente vulnerável a problemas com a sexualidade. As modalidades de tratamento podem afetar de diferentes maneiras a função sexual, o relacionamento afetivo e sua fertilidade. É comum a perda do interesse sexual, a dispareunia, a frigidez, a falta de excitação e orgasmo, dificuldades que resultam na diminuição da frequência de experiências sexuais e, ocasionalmente, culminam na completa abstinência sexual. Adicionalmente, muitas mulheres precisam se esforçar para encontrar um modo de se ver como atrativas, femininas, sensuais e sexuais após o tratamento, redescobrando, pois, a

vida nessa área. Esse processo de reaprendizagem em sentir-se relaxada e, gradualmente, responsiva à atividade sexual demanda tempo e apoio (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Auchincloss & McCartney, 1998; Bernardo, Lorenzato, Figueiroa, & Kitoko, 2007).

Nesse sentido, o papel do parceiro é muito importante, pois sua atenção e suporte auxiliam o processo de readaptação à vivência sexual, caracterizada por reavivar pensamentos relacionados às perdas e mudanças geradas pelo câncer, como também preocupações quanto ao desconforto. Para isso, é necessário que a mulher comunique com clareza para o parceiro seus sentimentos, dificuldades e preferências. Por outro lado, as questões do parceiro são pouco abordadas. Muitas vezes, eles alegam temor em se contaminar ou em machucá-las. O seu desejo também pode ser prejudicado por esses receios e o silêncio de ambos os lados levar a possíveis conflitos (Auchincloss & McCartney, 1998; Bernardo et al., 2007).

Em uma revisão sistemática da literatura, Abbott-Anderson e Kwekkeboom (2012) identificaram dificuldades relativas às dimensões psicológicas e sociais da sexualidade: redução da libido, transformações na imagem corporal, ansiedade em relação ao ato sexual, impedimentos na manutenção dos papéis desempenhados anteriormente, distância emocional do parceiro e mudança na percepção do nível de interesse sexual apresentado pelo mesmo.

### **1.1.1 Câncer de Colo do Útero: Etiologia, quadro clínico e tratamentos**

O câncer de colo do útero (CCU), também conhecido como câncer cervical, consiste em uma neoplasia precedida por uma longa fase pré-invasiva, caracterizada pela presença de lesões precursoras intraepiteliais no colo, denominadas de neoplasia intraepitelial cervical. Diante de uma infecção persistente, essas lesões podem evoluir para o câncer quando não detectadas e tratadas adequadamente. Esse processo de progressão da doença dura entre oito e 10 anos, sendo gradativamente manifestados sintomas como corrimento, sangramento intermitente e ao coito e, nos casos mais avançados, dor abdominal associada a queixas urinárias e intestinais (Brasil, 2001; INCA, 2011; INCA, 2012; Mantese, 2008; Ribalta et al., 2005).

Conforme o tecido epitelial comprometido, o CCU pode ser categorizado em carcinoma epidermóide, forma mais incidente e que atinge o epitélio escamoso, envolvendo 85% dos casos; e adenocarcinoma, tipo mais raro que agride o epitélio glandular, representando 10% dos casos. A porcentagem remanescente é referente a outras histologias (Brasil, 2001; Novaes, 2011).

Os fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia envolvem a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), notadamente, os subtipos 16 e 18, responsáveis por aproximadamente 70% dos casos; o início precoce da atividade sexual, agravado quanto mais próximo ocorre da idade da menarca; a existência de múltiplos parceiros sexuais ou quando o parceiro possui múltiplas parceiras; a multiparidade; o tabagismo; o uso prolongado de contraceptivos orais; traumatismos do colo uterino advindos de uma má assistência obstétrica; a presença de enfermidades imunossupressoras; a queda do estado nutricional; a predisposição genética; a falta de informações sobre sexo seguro; e finalmente, o acesso limitado aos serviços de saúde (Mantese, 2008; Ribalta et al., 2005).

A infecção pelo HPV não é uma condição suficiente para a incidência do CCU. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo da vida. A alteração celular proveniente do contágio pelo HPV é transitória e pode regredir espontaneamente após seis meses a dois anos da exposição ao vírus. É necessário, pois, a presença de outros elementos desencadeantes, como os citados acima (INCA, 2013).

No grupo de neoplasias do aparelho reprodutor feminino, o CCU apresenta altas taxas de cura quando detectado precocemente, visto que possui um significativo potencial de prevenção. Apesar disso, muitas mulheres não fazem periodicamente exame ginecológico por diversas razões: medo, negligência, falta de informações sobre a existência dos procedimentos de rastreamento, ausência de patologia genital ou de prescrição médica e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Bădulescu et al., 2011; Mantese, 2008; Santos et al., 2008).

Desde 1940, iniciativas pioneiras de profissionais têm promovido o controle do câncer de colo uterino no Brasil. O governo foi assumindo paulatinamente essa empreitada, instituindo de modo discreto programas estruturados de rastreamento que visam à redução das altas taxas de mortalidade pela doença (Brasil, 2011).

Em 1998, observa-se a expansão, para o âmbito nacional, das medidas de prevenção e detecção restritas a determinadas regiões. Nesse momento, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, cujo objetivo principal é “diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer de colo do útero em nosso país” (INCA, 2011, p. 5).

No ano seguinte, o INCA instituiu o Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), como ferramenta de monitoramento e gerência das ações. Os dados gerados por esse sistema possibilitam a avaliação da cobertura referente à população-alvo,



à qualidade dos exames, à prevalência das lesões precursoras, à situação do seguimento das mulheres com exames alterados, dentre outras informações relevantes para o acompanhamento e melhoria do rastreamento, diagnóstico e tratamento. Embora avanços em nível de atenção primária estejam se consolidando e tal sistema venha favorecendo o registro dos exames realizados, tanto a incidência quanto a mortalidade pelo CCU é ainda um desafio para a política de saúde (Brasil, 2011; INCA, 2011).

O método de rastreamento do CCU no país é a colpocitologia oncológica ou exame Papanicolau que deve ser disponibilizado às mulheres que já iniciaram a atividade sexual e que se encontram na faixa etária de 25 a 64 anos, uma vez que esse grupo apresenta uma ocorrência maior de lesões de alto grau. O procedimento padrão compreende a repetição do Papanicolau a cada três anos, mediante a obtenção de resultados normais em dois exames consecutivos, efetuados em um intervalo de um ano (Brasil, 2011).

A paciente com neoplasia do colo uterino passa por uma avaliação clínico-laboratorial que permite estabelecer o diagnóstico, definir o estadiamento, determinar o prognóstico e decidir a modalidade de tratamento mais adequada. O diagnóstico do CCU é feito por meio do exame físico geral, ginecológico e de análises complementares (bioquímicas, radiológicas, imagenológicas, citoscopia e biópsia cervical), como também de uma anamnese detalhada focada nos fatores de risco e nos sintomas. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm sido recentemente indicadas em pesquisas clínicas e em serviços privilegiados, porém sua realização não constitui uma rotina de atendimento (Brasil, 2001; Mantese, 2008; Ribalta et al., 2005).

Uma vez confirmada a lesão, inicia-se o estabelecimento da conduta terapêutica que leva em consideração o estadiamento do tumor, os recursos disponíveis na instituição, as condições clínicas da paciente, como também o seu desejo em relação ao planejamento familiar e a preservação da fertilidade (Novaes, 2011). A propagação do câncer cervical se faz por contiguidade. Em estágios iniciais, fica circunscrita à espessura do colo, podendo, posteriormente, começar a se propagar para estruturas adjacentes como paramétrios (ligamentos que mantêm o útero posicionado na pelve), bexiga, reto, e mais adiante, pelos órgãos distantes. A morte da paciente geralmente decorre da invasão aos paramétrios e da compressão dos ureteres, que conduz à insuficiência renal (Mantese, 2008).

De acordo com as normas preconizadas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), o estadiamento apresenta determinados níveis. A integração da classificação indicada por Brasil (2001) e Mantese (2008) resultou na Tabela 1, que exhibe o estadiamento tumoral de uma forma mais simplificada, acessível tanto aos profissionais

de saúde quanto aos pacientes. Os estádios Ia, Ib e IIa constituem a doença inicial, enquanto os estádios IIb, III e IV caracterizam a doença avançada.

Tabela 1.

*Níveis do estadiamento para câncer de colo uterino*

<b>Estádio 0</b>	<b>Carcinomas pré-invasivos, micro invasivos e <i>in situ</i></b>
<b>Estádio I</b>	<b>Tumor limitado ao colo</b>
Ia	Componente invasivo identificado apenas microscopicamente com menos de 5 mm de profundidade e 7 mm de extensão
Ib	Lesão clínica confinada ao colo com área superior a 5x7 mm
<b>Estádio II</b>	<b>Tumor invade a vagina e/ou os paramétrios</b>
IIa	Lesão estende-se à vagina sem atingir o 1/3 inferior
IIb	Lesão infiltra os paramétrios sem atingir a parede pélvica
<b>Estádio III</b>	<b>Tumor invade a vagina e/ou os paramétrios distais</b>
IIIa	Lesão infiltra o 1/3 da vagina
IIIb	Lesão infiltra os paramétrios até a parede pélvica ou produz alteração à urografia excretora
<b>Estádio IV</b>	<b>Tumor infiltra estruturas extrauterinas</b>
IVa	Lesão infiltra a bexiga e/ou o reto
IVb	Comprometimento de estruturas extrapélvicas

Entre os métodos terapêuticos para o CCU, as principais indicações são cirurgia, radioterapia isolada ou combinada à quimioterapia, podendo essa última ser radical ou adjuvante à cirurgia. Carcinomas pré-invasivos, micro invasivos ou em “*in situ*” podem ser tratados por cirurgia exclusiva. Nos tumores invasivos em estádios iniciais (Ia, Ib e IIa), recomenda-se a realização da cirurgia de *Wertheim-Meigs* (histerectomia total abdominal ampliada). O estudo anatomopatológico da peça operatória permite a identificação de fatores prognósticos que apontam ou não a necessidade de tratamento adjuvante. Na existência de gânglios linfáticos ou margens cirúrgicas exíguas comprometidas, invasão estromal profunda, invasão linfo-vascular ou tumores maiores que quatro centímetros, aplica-se a radioterapia pélvica seguida de braquiterapia em fundo vaginal. Na paciente jovem, a cirurgia é preferível devido à possibilidade da preservação dos ovários e da manutenção da função hormonal, a depender do estadiamento. Já nos demais estádios, e nos casos em que o tumor atingiu estruturas extrauterinas, a radioterapia externa é empregada com finalidade radical concomitantemente à quimioterapia, e em sequência braquiterapia (Brasil, 2001; Mantese, 2008; Novaes, 2011; Ribalta et al., 2005).

Inicialmente, a quimioterapia foi uma técnica utilizada apenas nas recidivas pós-cirúrgicas ou nas metástases à distância. Com o advento de drogas mais eficazes para o

CCU, ela vem sendo incorporada aos protocolos de tratamento em razão dos sucessos alcançados pela combinação com a radioterapia. Sua aplicação potencializa os efeitos da modalidade radioterápica, o processo de combate à célula tumoral, o controle de recidivas e o aumento de sobrevida (Frigato & Hoga, 2003; Ribalta et al., 2005; Santos et al., 2008). Além desses critérios para a definição da conduta, Ribalta et al. (2005) salientam a relevância da avaliação da adesão da paciente aos procedimentos clínicos e a sua participação consciente e ativa no planejamento terapêutico.

Os estudos que abordaram as dificuldades de pacientes com neoplasia do colo uterino destacam que tanto a doença quanto os tratamentos invasivos e agressivos a que são submetidas acarretam mudanças físicas, psicossociais e na qualidade de vida. Fuentes et al. (2007) discutem as implicações do tratamento na imagem corporal e na sexualidade, sugerindo o desenvolvimento de programas de apoio psicológico para promover o ajustamento emocional.

Pacientes com CCU enfatizam que a doença produz transformações no seu cotidiano e que a radioterapia impõe limitações às atividades laborais e às relações sociais devido aos efeitos colaterais. Para enfrentarem essa situação, adotam a religiosidade e a busca do apoio familiar e social como estratégias para superarem as reações do tratamento e a incerteza da cura (Almeida, Pereira, & Oliveira, 2008; Barros & Lopes, 2007; Linard, Silva, & Silva, 2002).

A radioterapia consiste em um tratamento desconhecido e temido pelas mulheres por envolver a utilização de radiação que gera efeitos adversos expressivos. Aquelas que recebem essa indicação terapêutica manifestam medo em relação aos procedimentos e aos equipamentos presentes na sala. Outra queixa pertinente a esse método é a necessidade do deslocamento diário ao hospital, aspecto agravado pelas condições socioeconômicas da paciente e pela dependência de acompanhantes. Informação, suporte e educação são ferramentas úteis para minimizar o impacto desse tratamento. Uma proporção significativa de pacientes ressalta o desejo de receber mais informações e de que os parceiros também sejam incluídos no cuidado (Almeida et al., 2008; Auchincloss & McCartney, 1998).

Ademais, pacientes submetidas à radioterapia evidenciam um maior nível de disfunção sexual. As mesmas percebem que as consequências do tratamento não se restringem à dimensão física da sexualidade, mas também repercutem no relacionamento com os parceiros que demonstram medo em retomar a atividade sexual (Juraskova et al., 2003). Para Frigato e Hoga (2003), mulheres com CCU demandam uma atenção especial da equipe multiprofissional, pois se encontram em condição de vulnerabilidade. É

imprescindível, pois, que as pacientes sejam orientadas antes, durante e após o tratamento para possibilitar a exposição de dúvidas, crenças e sugestões e, assim, reduzir a ansiedade e a insegurança inerentes ao processo de adoecimento (Almeida et al., 2008).

O impacto psicológico dos métodos terapêuticos perdura após a finalização do tratamento específico. Em um estudo qualitativo realizado com pacientes que foram tratadas para CCU e câncer do endométrio, a maioria delas relatou que os efeitos colaterais foram os principais fatores que causavam estresse e sentimento de raiva. A maneira como vivenciavam tais problemas influenciava sua percepção em relação à capacidade de ser desejada sexualmente. O enfrentamento efetivo desses efeitos estava também relacionado à disponibilização de informações prévias pela equipe. Segundo as entrevistadas, os médicos e enfermeiras acreditavam que elas detinham mais conhecimento do próprio corpo do que realmente apresentavam, o que contribuía para o surgimento de concepções errôneas sobre os órgãos envolvidos no tratamento e as possíveis reações adversas, principalmente no que se refere aos aspectos sexuais (Juraskova et al., 2003) .

A equipe de enfermagem tem assumido um papel significativo na assistência às mulheres com CCU em radioterapia. Em estudo realizado por Vaz, Macedo, Montagnoli, Lopes, e Grion (2002), por exemplo, há relato da sistematização de condutas para o fornecimento de instruções gerais sobre tratamentos adjuntivos e para o planejamento e avaliação das intervenções executadas. Para pacientes em braquiterapia, incluíam-se orientações acerca da ducha vaginal, tricotomia e dor. Para manejar a ansiedade, a equipe promovia uma visita à sala de procedimento com o intuito de familiarizar a paciente com os equipamentos e a equipe de saúde.

## **1.2 A radioterapia como recurso terapêutico para pacientes oncológicos**

A radioterapia emprega radiações ionizantes no tratamento de pacientes com neoplasias malignas e, ocasionalmente, benignas, além de outras lesões não cancerígenas, como hemangiomas, artrites e queloides. Os tipos de radiação mais usados no contexto clínico são as radiações eletromagnéticas - raios X e gama; e as radiações de partículas ou corpusculares - elétrons, nêutrons, prótons, partículas alfa e beta (Salvajoli & Silva, 2008).

A radioterapia ocupa um lugar de destaque na oncologia. Durante o curso da doença, 60% de todos os pacientes utilizarão esse método terapêutico em suas diferentes técnicas. Sua finalidade é distribuir uma dose de radiação precisa em um volume tumoral definido com o mínimo de dano possível aos tecidos normais circunjacentes, propiciando a

erradicação do tumor, boa qualidade de vida e consequente aumento das taxas de sobrevivência (Salvajoli & Silva, 2008).

O tratamento radioterápico consiste em um processo complexo que envolve diferentes profissionais. O aprimoramento em cada uma de suas etapas permite um impacto significativo no controle da doença pela precisão em concentrar uma maior dose nas áreas a serem tratadas. As principais etapas da radioterapia envolvem a imobilização do paciente; a aquisição de imagens; a definição dos volumes alvos e órgãos normais nas imagens enviadas para o computador; o planejamento da entrega de dose; o cálculo de dose; o controle de qualidade; a verificação de posicionamento do paciente; e o tratamento ou emissão da radiação (Almeida, Haddad, & Ferrigno, 2011).

Além disso, a radioterapia abrange duas formas de aplicação: a radioterapia externa ou teleterapia, na qual as radiações ionizantes são depositadas nos tecidos por uma fonte produtora distante do paciente e a radioterapia interna ou braquiterapia, quando a fonte é mantida em contato direto com o tumor (Salvajoli & Silva, 2008).

O tratamento de radioterapia para câncer de colo do útero tanto em estágios iniciais quanto em avançados é executado por meio da combinação de radioterapia externa e braquiterapia (Esteves et al., 2004; Frigato & Hoga, 2003; León-Pizarro et al., 2007; Mantese, 2008).

### **1.2.1 O tratamento de braquiterapia para câncer de colo do útero**

Braquiterapia é uma palavra de origem grega que significa “terapia de alcance curto”. Sua história remonta aos experimentos iniciais com fontes do elemento rádio, conduzidos pelo casal Curie no final do século XIX. Inicialmente, utilizava-se um sistema primitivo em que os aplicadores eram inseridos na região do corpo a ser tratada e por dentro dos quais os elementos radioativos eram introduzidos manualmente. O primeiro sucesso do emprego da braquiterapia foi divulgado em 1903 no tratamento de dois tumores malignos de pele (Monti, 2011; Salvajoli & Silva, 2008).

Na sua administração, os elementos radioativos eram acondicionados ou selados em fontes (tubos, agulhas, fios ou sementes), e posteriormente, aplicados no tumor. Tubos selados de rádio eram colocados nos pacientes por meio de aplicadores, seguindo uma distribuição geométrica e permanecendo no corpo durante o tratamento. Mais recentemente, com o desenvolvimento de sistemas robotizados, as fontes radioativas seladas, inseridas em aplicadores especiais, são empregadas no paciente por meio de um sistema computadorizado que carrega previamente o material radioativo e, em seguida,

aplica-o com taxas de dose variadas por controle remoto (Monti, 2011; Salvajoli & Silva, 2008).

A braquiterapia se distingue por três critérios: local do corpo em que a fonte radioativa é colocada, duração do fornecimento da radiação e emissão da taxa de dose. Em relação à taxa de dose, a braquiterapia pode ser de baixa taxa de dose (BBTD) ou de alta taxa de dose (BATD), categorias que se diferenciam pelo material radioativo utilizado e por sua energia. Os procedimentos de cada uma dessas técnicas são distintos.

A BBTD consiste em um tratamento contínuo em que a fonte de radiação permanece no interior do corpo da mulher por um período prolongado de dois a quatro dias, o que exige sua internação hospitalar e isolamento durante o tratamento. Apesar dos benefícios médicos, as pacientes percebem essa modalidade terapêutica como desconfortável, comprometendo a qualidade de vida física (Barros, 2007; Esteves et al., 2004; Frigato & Hoga, 2003; Léon-Pizarro et al., 2007).

Já a BATD é um tratamento fracionado realizado de modo ambulatorial e que utiliza programação via computador. Os procedimentos ocorrem com frequência de uma ou duas vezes por semana e têm a duração de duas a três horas. Devido ao incômodo gerado, os aplicadores são introduzidos na vagina e no interior do útero com a paciente sob sedação, que pode variar de uma sedação consciente à anestesia geral (Frigato & Hoga, 2003; Kwekkeboom, Dendaas, Straub, & Bradley, 2009).

A BATD apresenta diversas vantagens em detrimento da BBTD (Brasil, 2001; Nag, 2000). Entretanto, apesar dessas vantagens, as técnicas de BBTD e BATD são igualmente eficazes em relação às taxas de sobrevivência e minimização das complicações (Inoue, 2003; Novaes, 2011). Devido à garantia de proteção radiológica e de conforto para a paciente, o regime de alta taxa de dose tem suplantado, gradativamente, o de baixa taxa de dose (Novaes, 2011). Segundo Nag (2000), os principais benefícios da BATD são:

- Eliminação da exposição à radiação da equipe de saúde e cuidadores;
- Diminuição do desconforto causado pelo repouso prolongado;
- Possibilidade de tratamento de pacientes que não toleraram longos períodos de isolamento;
- Redução do risco de movimento do aplicador durante o procedimento;
- Dispensa de internação hospitalar da paciente, reduzindo custos;
- Tratamento de um maior número de pacientes em instituições que têm um elevado volume de pessoas com diagnóstico de câncer de colo uterino, mas estrutura de hospitalização insuficiente;

- Oferecimento de um procedimento mais seguro para quem tem dificuldades de tolerar a anestesia geral;
- Otimização da distribuição da dose radioativa nos órgãos críticos, garantindo o seu controle e menor morbidade;
- Integração com a radioterapia externa, resultando em uma menor duração total do tratamento e um controle mais efetivo do tumor.

De uma forma geral, a braquiterapia pode ser realizada com anestesia, sedação ou ainda sem essas duas condições, a depender do método (BBTD ou BATD) e da experiência do serviço. Diferentes aplicadores podem ser utilizados para inserção intracavitária. Os mais frequentemente empregados são os aplicadores de Fletcher (colpostatos com sonda uterina), aqueles em anel/ovoides e cilindros nos casos em que há extensão tumoral à vagina (Novaes, 2011). A Figura 1 mostra o aplicador em anel com sonda intrauterina, um dos tipos mais utilizados no procedimento de braquiterapia do CACON/HUB.



*Figura 1.* Aplicador em anel com sonda intrauterina utilizado no procedimento de braquiterapia.

Fonte: The American Brachytherapy Society Treatment Recommendations for Locally Advanced Carcinoma of the Cervix Part II: High Dose-Rate Brachytherapy, de A. N. Viswanathan, S. Beriwal, J. Santos, J. Demanes, D. Gaffney, J. Hansen, E. Jones, C. Kirisits, B. Thomadsen, e B. Erickson, 2012., *Brachytherapy*, 11(1), p. 10.

No Brasil, no final da década de 1980, muitas pacientes com neoplasia do colo uterino eram tratadas com BBTD. Em função das particularidades dessa modalidade, como tempo de tratamento e necessidade de internação, muitas pacientes acabavam sendo submetidas apenas à radioterapia externa, o que influenciava de modo significativo no resultado terapêutico. A BATD foi incorporada à prática clínica apenas em janeiro de

1991, quando foi instalado o primeiro equipamento de BATD da América Latina no Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Esteves et al., 2004). Segundo Novaes (2011), a não aplicação da braquiterapia contribui para a piora no prognóstico, reduzindo as taxas de manejo local e as possibilidades de cura.

### **1.3 Implicações psicossociais da braquiterapia**

As implicações psicossociais da braquiterapia para câncer ginecológico representam uma temática pouco explorada. Em revisão de literatura, Barros e Labate (2008) verificaram que os estudos sobre essa modalidade terapêutica são todos oriundos de pesquisas empíricas, sem a definição de um arcabouço teórico mais consistente, o que revela que o campo de investigação ainda está sendo delineado. As autoras pontuam que os trabalhos que tratam das repercussões psicológicas desse tratamento são desenvolvidos a partir da década de 1990. Os temas geralmente abordados foram a experiência do tratamento, as necessidades de informação, os efeitos colaterais e a qualidade de vida das pacientes.

Kwekkeboom et al. (2009) ressaltam que as duas modalidades de braquiterapia geram implicações distintas na vida da mulher, uma vez que do ponto de vista emocional, essa última oferece mais benefícios, entre os quais, menores níveis de dor e *distress*, menor tempo dentro da sala com os aplicadores inseridos e a possibilidade de sedação/anestesia.

Estudos, sobretudo da área da Enfermagem, exploraram as implicações físicas e psicológicas do procedimento de BBTD, indicando diversos incômodos vivenciados pelas pacientes, tais como redução do apetite, desconforto vaginal e nas costas, distúrbios de sono, náuseas, vômitos, restrições no movimento, além de ansiedade, preocupação, nervosismo e medo antes e durante o tratamento (Andersen, Karlsson, Anderson, & Tewfik, 1984; Clapis & Mamede, 1996; So & Chui, 2007; Velji & Fitch, 2001; Warnock, 2005).

Velji e Fitch (2001) averiguaram que a vivência na braquiterapia é influenciada por vários aspectos: a qualidade e quantidade do suporte disponibilizado pela equipe, os estressores e eventos da vida pessoal, os fatores ambientais e as rupturas na rotina de cuidados. As mulheres destacaram também queixas relativas à duração do procedimento e aos efeitos colaterais, inclusive a dor. Os autores observaram que o uso da fé, o foco nos benefícios do tratamento e a busca de apoio da família e amigos constituíam estratégias de enfrentamento adotadas pelas pacientes no decorrer da braquiterapia.



Na pesquisa de So e Chui (2007), constatou-se o relato de medo frente aos efeitos colaterais da radiação, ao deslocamento do aplicador e à habilidade em tolerar o processo de tratamento. A ansiedade estava associada à expectativa de dor diante de eventual movimento. Segundo as pacientes, os breves momentos de interação com familiares e profissionais de saúde amenizavam os sentimentos de solidão e desamparo.

Ademais, Warnock (2005) avaliou a dor, a ansiedade e o enfrentamento antes, durante e após entre mulheres em BBTD. Os resultados demonstraram sentimentos em sua maioria negativos no período anterior ao tratamento, os quais envolviam preocupações com a resposta ao tratamento, os efeitos colaterais dessa modalidade terapêutica, a posição em que permaneciam e o isolamento. Ao longo do procedimento, os níveis de ansiedade e a dificuldade de enfrentar foram relativamente baixos. Quanto à dor, foi observada grande variação. Entretanto, não foi possível verificar o que teria acontecido. As enfermeiras subestimaram o nível de dor experimentado pelas pacientes. A maioria das participantes concebia a braquiterapia como um recurso que assegurava futuros benefícios.

A importância da rede de suporte social no tratamento do câncer ginecológico é evidenciada na pesquisa de Petersen et al. (2005). Os resultados demonstraram que mulheres com pior suporte social apresentavam maior risco de desenvolverem ansiedade e depressão. Tais autores sugerem a triagem de pacientes com suporte social insatisfatório e o seu devido encaminhamento para intervenções estruturadas que visam a redução da morbidade associada ao diagnóstico de câncer.

No cenário brasileiro, Clapis e Mamede (1996) verificaram dificuldades relacionadas às condições do tratamento: isolamento, proibição de visitas, hospitalização, restrição de movimentos ao leito, apreensão quanto ao uso de sonda vesical, limitação da higiene corporal, medo da anestesia, orientações parciais ou inexistentes, lesões na pele (assadura e queimadura) e presença de dor.

Barros (2007) investigou as implicações psicológicas da modalidade de BATD. As pacientes manifestaram a percepção de que esse tratamento é agressivo, invasivo e expõe a intimidade da mulher no contexto de assistência à saúde. A posição ginecológica desencadeia vergonha e sensação de exposição em função do fluxo contínuo de membros da equipe pela sala. Tal condição representa uma situação adicional de estresse que pode inclusive comprometer a adesão ao tratamento e conseqüentemente favorecer a evolução da doença.

## CAPÍTULO 2

### INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PARA PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO: CONTRIBUIÇÕES PARA O MANEJO DE *DISTRESS* E INCREMENTO DA QUALIDADE DE VIDA

Este capítulo discute os conceitos de *distress* e qualidade de vida a partir de estudos que avaliaram essas variáveis com pacientes em braquiterapia para câncer ginecológico. Aborda, ainda, a definição, objetivos e aplicações de intervenções psicossociais desenvolvidas para essa população. A complexidade da avaliação dos efeitos dessas intervenções é analisada pela apresentação de pesquisas realizadas no período de 2000 a 2012.

#### **2.1 *Distress*: demandas para intervenção de pacientes em braquiterapia**

O estigma associado ao câncer resultou no emprego do termo *distress* na literatura em Oncologia por representar as particularidades do estresse vivenciado pelo paciente, caracterizar melhor aspectos psicossociais e por possibilitar sua medição por meio de autorelatos (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2008).

Segundo a NCCN (2008), *distress* é definido como:

Uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que pode interferir na habilidade de enfrentar o câncer, seus sintomas e tratamento. *Distress* se estende em um contínuo, variando de sentimentos naturais de vulnerabilidade, tristeza e medos até problemas que podem tornar-se incapacitantes, como depressão, ansiedade, pânico e crise existencial e espiritual (p. 2).

Muitos pacientes experienciam *distress* no decorrer do curso da doença e do tratamento. Decat (2008) assinala que os principais fatores desencadeadores do *distress* são: sintomas somáticos da doença; angústia gerada pelo diagnóstico de câncer; sofrimento advindo do tratamento; dor física; questionamentos em relação ao futuro; medo da morte; tristeza pela perda da saúde; sobrevida e qualidade de vida. Não há apenas um fator que origina ou agrava o *distress*, mas um conjunto de fatores inter-relacionados.

Variáveis associadas ao *distress* podem ser identificadas no momento do diagnóstico, ao longo do tratamento ou na fase de recuperação. Contudo, o *distress* não é comumente detectado, o que pode causar determinados prejuízos: impossibilidade de manejar efeitos adversos que influenciam o curso da doença e a qualidade de vida do

paciente; dificuldades na tomada de decisão relativa ao tratamento; comprometimento na adesão ao tratamento; desenvolvimento de estresse nos cuidadores; e finalmente, o encaminhamento tardio e de urgência para intervenções psicossociais. Diante disso, a fim de evitar tais desajustamentos, é necessária a promoção de uma atuação preventiva em Oncologia (Decat, 2008; Souza, 2009).

Por outro lado, a triagem precoce de pacientes com elevado risco para desenvolver *distress* e seu adequado encaminhamento traz diversos benefícios: aumento na qualidade do cuidado e na satisfação do paciente, comunicação efetiva entre paciente e equipe de saúde, incremento da confiança e do respeito e favorecimento da adesão aos tratamentos (Souza, 2009). Dessa forma, o *distress* deve ser avaliado e considerado em todas as fases da doença, como um fator integrante do tratamento, utilizando-se estratégias simples e sistematizadas para facilitar a rotina de assistência dos pacientes com câncer (Bultz & Holland, 2006; NCCN, 2008).

A partir de 2008, a NCCN recomenda que todos os pacientes passem por avaliações e recebam intervenções para o manejo do *distress* como parte da rotina de cuidados (NCCN, 2008). Em revisão de literatura a respeito das estratégias para manejo do *distress*, Clark, Bostwick e Rummans (2003) verificaram que vários estudos randomizados e controlados têm demonstrado que tanto o atendimento individual quanto o grupo estruturado podem reduzir o *distress* e incrementar a qualidade de vida desses pacientes. Contudo, tais pesquisas não têm avaliado fatores importantes, como níveis de *distress*, suporte social e enfrentamento.

Investigações que examinaram o *distress* vivenciado por mulheres em braquiterapia para câncer ginecológico são escassos. Andersen, Karlsson, Anderson e Tewfik (1984) analisaram as mudanças nas respostas de *distress* de pacientes em BBTD antes e após o procedimento. As participantes foram distribuídas em dois grupos de acordo com o nível de ansiedade prévio (elevado ou baixo). Os resultados evidenciaram que as participantes de ambos os grupos apresentaram níveis similares de ansiedade nos dois dias antecedentes e na noite anterior e um declínio acentuado ao término do tratamento. A partir dos dados, os autores concluem que indivíduos que são submetidos a cirurgias ou a outras intervenções médicas manifestam sistematicamente um decréscimo nas taxas de ansiedade depois do procedimento. Em contrapartida, pontuam que isso pode não se aplicar aos pacientes oncológicos, visto que podem ficar mais ansiosos em seguida.

Em um estudo longitudinal que descreveu a experiência de dor e *distress* de mulheres em braquiterapia, Kwekkeboom et al. (2009) constataram que, em relação à dor,

a maioria delas relatou níveis moderados de dor e desconforto físico durante o procedimento, ocorrendo uma diminuição da sensação dolorosa ao longo do tratamento. Já no que se refere ao *distress*, grande parte das pacientes referiu níveis leves a moderados durante o procedimento. As medidas mais elevadas foram encontradas no período anterior à sua realização. O momento indicado pelas pacientes como o de maior desconforto foi o da remoção dos aplicadores.

Segundo Kwekkeboom et al. (2009), os níveis de *distress* podem ter permanecido entre leve a moderado durante o tratamento em virtude de terem recebido informações padronizadas sobre o procedimento e os cuidados necessários. Apesar disso, algumas pacientes afirmaram que o fornecimento de informações não é uma estratégia suficiente para a preparação para o tratamento. O prolongamento do tempo de sedação até a remoção completa dos instrumentos e o uso de intervenções psicossociais (treino em enfrentamento, relaxamento com imaginação guiada) foram estratégias sugeridas para minimizar os aspectos negativos da vivência em braquiterapia.

O diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico além de propiciar um aumento nos níveis de *distress* das pacientes, podem também trazer prejuízos para a sua qualidade de vida. Pesquisas na área têm discutido principalmente o impacto dos efeitos colaterais nos diferentes domínios da qualidade de vida.

## **2.2 A qualidade de vida como desfecho do cuidado de mulheres com câncer ginecológico**

Embora haja uma ampla discussão sobre a noção de Qualidade de Vida (QV) e um aumento do número de estudos científicos ao longo dos últimos 20 anos, constata-se uma ausência de consenso e grande diversidade em relação a essa variável. Apesar da dificuldade de sua delimitação conceitual, a subjetividade e a multidimensionalidade são aspectos característicos da QV. Parte da complexidade associada relaciona-se à possibilidade de ser avaliada pelo próprio sujeito ou por outra pessoa, ainda que influenciada pela visão do observador (Costa Neto & Araujo, 2008; Kunzler, 2011; Matos, 2006).

Na área da saúde, particularmente na Oncologia, tal avaliação é um desafio. Isso porque a multidimensionalidade indica que QV não deve se limitar à dimensão biológica-corporal ou de bens materiais, visto que abrange a atribuição de sentidos, as relações interpessoais, as crenças religiosas, a ocupação, a sexualidade e os hábitos de vida na comunidade. Além disso, QV é caracterizada pelo dinamismo, pois os valores subjetivos

são modificáveis com o tempo e conforme o contexto (Costa Neto & Araujo, 2008; Matos, 2006).

De acordo com Fleck et al. (2008), a definição elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a que melhor representa esse aspecto multidimensional da QV. Por essa razão, esse conceito foi adotado no presente estudo. Para a OMS, qualidade de vida representa “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses” (p. 25).

A definição apresentada pela OMS representa uma importante contribuição para a compreensão da subjetividade inerente ao termo e da influência do ambiente em aspectos individuais da vida da pessoa. Contudo, não abrange condições adversas de desenvolvimento ou do processo saúde-doença. Nesse sentido, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) passou a ser amplamente empregado com o intuito de avaliar o impacto subjetivo e funcional da doença e dos tratamentos na vida dos pacientes, como também observar as modificações ocorridas após uma intervenção. Esse conceito inclui a definição elaborada pela OMS, o estado de saúde pessoal e o bem-estar social na avaliação da saúde (Matos, 2006).

A avaliação da QV é relevante tendo em vista que possibilita uma avaliação de custos e benefícios de programas de saúde, ao se considerar as políticas públicas para a população; permite uma discussão das intervenções em termos das reais vantagens para os usuários do sistema de saúde; e finalmente, favorece uma análise da efetividade do tratamento proposto e da satisfação do paciente com o mesmo (Kunzler, 2011; Matos, 2006).

A literatura tem documentado que mulheres com câncer ginecológico estão em condição de risco para apresentar prejuízos na QV. Mantese (2008) destaca que há pouco conhecimento sobre esse assunto, o que revela a necessidade de investigação e do desenvolvimento de intervenções que busquem incrementá-la. Fatores que alteram a QV de mulheres com câncer ginecológico abarcam o prejuízo funcional decorrente dos tratamentos, como o da cirurgia pélvica (que envolve a remoção de partes da anatomia genital feminina) e o da radiação (que danifica a mucosa e epitélio vaginal); os efeitos colaterais da quimioterapia; as alterações hormonais, no peso, na pele e nos cabelos; a disfunção sexual; os problemas psicossociais, como crenças distorcidas sobre a origem do câncer, mudanças na autoimagem, baixa autoestima, tensões, medos e preocupações (Fernandes & Kimura, 2010; Mantese, 2008).

Fernandes e Kimura (2010) consideram a avaliação da QV de pacientes com câncer ginecológico de suma importância, visto que possibilita a identificação de aspectos de bem-estar físico, psicológico e social, como também permite a apreciação dos resultados das intervenções, complementando métodos tradicionais baseados na morbidade e mortalidade. Herzog e Wright (2007) enfatizam que as opções de tratamento a que são submetidas podem gerar impactos negativos na QV pela intensificação de reações emocionais como ansiedade, raiva e alterações no humor. Nesse contexto, as pacientes devem ser encorajadas a relatar seu sofrimento psicológico com o intuito de favorecer o incremento da QV pela avaliação tanto da satisfação e funcionamento sexual quanto do bem estar físico e emocional.

Diante disso, Mantese (2008) aponta que geralmente não é conduzida uma avaliação global da QV para investigar como era a vida das mulheres e como mudou durante o tratamento oncológico, o que inviabiliza uma análise comparativa. Esse procedimento é concebido como fundamental para o estabelecimento de estratégias de acompanhamento das pacientes.

Em pesquisa efetuada com 107 pacientes em radioterapia externa para câncer ginecológico, Vaz e Pinto-Neto (2006) avaliaram a QV antes, durante e após o tratamento e identificaram os seus principais preditores pelo emprego do WHOQOL-BREF. A análise dos dados demonstrou que houve um aumento significativo dos escores de QV nos domínios físico, psicológico e no geral ao longo do tratamento, como também uma melhoria ao término dessa modalidade terapêutica.

Em relação à QV de pacientes em braquiterapia, Fieler (1997) examinou as mudanças na QV de 18 pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico que estavam recebendo BATD. Os dados obtidos evidenciaram poucas alterações dessa variável ao longo do tempo. As queixas relacionadas aos efeitos colaterais do tratamento, notadamente, fadiga, diarreia e ardência ao urinar, consistiram em fatores que comprometeram diretamente a percepção de QV. Desse modo, intervenções que visem o fornecimento de informações sobre as reações adversas podem ser desenvolvidas para melhor planejamento do tratamento e discussão dos impactos desses fatores na QV.

### **2.3 Intervenções psicoeducativas para pacientes com câncer ginecológico**

Intervenções psicoeducativas consistem em atendimentos que conjugam uma variedade de componentes educacionais e psicológicos. Apresentam formatos e temas bastante heterogêneos e combinam diversas técnicas para atingir seus objetivos. Podem,

ainda, ser administradas no formato individual ou em grupo com tempo de duração variando de uma a múltiplas sessões (Liberato & Carvalho, 2008; Souza, 2009).

A principal finalidade dessas intervenções é incrementar a QV do paciente, reforçar o suporte social disponível e modificar as estratégias de enfrentamento a fim de torná-las mais efetivas às demandas da doença e do tratamento. Tais formas de intervenção têm gerado efeitos positivos e vêm se consolidando como ferramentas importantes no cuidado do paciente com câncer (Heim, Valach, & Schaffner, 1997; Souza, 2009).

Além desses objetivos, as intervenções psicoeducativas são estruturadas para aumentar o conhecimento do paciente sobre questões relativas ao contexto de adoecimento; favorecer o ajustamento emocional; facilitar a adaptação à doença; minimizar o *distress* experimentado; fortalecer a percepção de autoeficácia; proporcionar satisfação com a assistência recebida; minimizar sintomas e efeitos adversos dos tratamentos; promover a adesão aos tratamentos; incrementar indicadores do sistema imunológico; e auxiliar na extensão do tempo de sobrevida (Baum & Andersen, 2001; Liberato & Carvalho, 2008). Programas de intervenção psicológica voltados especificamente para a redução de *distress* podem também potencializar os resultados dos tratamentos médicos e diminuir os seus custos (Souza, 2009).

Considerando tais benefícios, intervenções psicoeducativas têm sido elaboradas para atender as demandas psicossociais de mulheres em tratamento para câncer ginecológico. Mitos de que o câncer pode ser “transmitido” na relação sexual, de que a retomada das relações sexuais pode desencadear recidiva ou que o parceiro poderá ser exposto à radiação pela vagina são ainda prevalentes. Portanto, a provisão de informações precisas possibilita a reestruturação de crenças distorcidas e permite o desenvolvimento de expectativas mais realistas (Hersch et al., 2009).

Em uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto de intervenções psicossociais na QV das pacientes com câncer ginecológico, Hersch et al. (2009) verificaram resultados contraditórios sobre funcionamento social e sexual, *distress*, depressão, ansiedade, atitude em relação ao cuidado médico, autoestima e imagem corporal. Os modelos de atendimento que visavam o oferecimento de informações apresentaram poucos resultados significativos no incremento da QV, ao passo que as intervenções cognitivo-comportamentais produziram efeitos positivos. O aconselhamento ou psicoterapia foi a estratégia de intervenção mais promissora na abordagem das preocupações relativas à QV. Os autores destacaram, assim, a necessidade de pesquisas

futuras que procurem avaliar os tipos de intervenções mais efetivas para a melhoria da QV de pacientes com neoplasia ginecológica.

Considerando a discussão sobre os efeitos de intervenções delineadas para essa população, foi realizada para a presente dissertação uma revisão de literatura que abordou estudos empíricos de intervenções psicossociais, utilizando as bases de dados internacionais PubMed e PsycInfo e os descritores *gynecological cancer*, *intervention* e *brachytherapy*, no período de 2000 a 2012.

Das duas bases de dados consultadas, foram encontrados trabalhos apenas na PubMed. No cruzamento dos descritores *gynecological cancer*, *intervention* e *brachytherapy* surgiram 240 referências. Desse total, apenas nove atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos: estudos empíricos que descrevessem uma intervenção psicossocial destinada a pacientes em tratamento para neoplasias no aparelho genital feminino. Foram considerados trabalhos que avaliaram intervenções que visavam produzir mudanças em diferentes variáveis psicossociais e no funcionamento sexual.

Entre esses artigos analisados, oito foram publicados em inglês e um em espanhol. Em um período de 12 anos, dois artigos foram publicados em 2012, enquanto que nos anos de 2000 a 2008 houve a frequência de um único artigo anual, exceção feita a 2006. Todas as produções identificadas tiveram sua autoria compartilhada. Quanto à área de formação dos autores, três pesquisas foram produzidas por profissionais da área de medicina e psicologia e duas por médicos. Os outros estudos foram desenvolvidos por profissionais da área de enfermagem e/ou em colaboração com as categorias citadas.

No que se refere aos objetivos, verificou-se que a maioria das pesquisas examinou os efeitos dessas intervenções sobre variáveis psicossociais mensuradas antes e após sua aplicação. Um estudo pretendeu não apenas avaliar, mas também efetuar um levantamento de necessidades (Padilla, Padilla, Valderrama, & Gomez, 2003). Outro estudo investigou taxas de participação das pacientes em uma intervenção oferecida na internet (Classen et al., 2012).

Todos os artigos explicitaram o delineamento utilizado para responder às questões norteadoras da pesquisa. Dos nove trabalhos selecionados, sete discutiam ensaios clínicos randomizados e um deles (Padilla et al., 2003) empregou um delineamento quase-experimental com a realização de avaliações pré e pós-intervenção sem a presença de grupo controle. A outra produção analisada descreveu um estudo piloto (Classen et al., 2012).



Todas as participantes dos estudos foram recrutadas de hospitais ou serviços de oncologia. O número de participantes variou de quatro a 155, sendo que a grande maioria dos trabalhos ( $n = 7$ ) possuía amostras formadas por mais de 30 pacientes. A maior parte dos estudos indicou a média de idade das participantes, com exceção de um (Padilla et al., 2003). Todos os estudos relataram também dados relativos à etnia, condição clínica (estágio do tumor e tempo de diagnóstico) e aos tratamentos realizados pelas pacientes.

Oito estudos selecionados compreenderam apenas participantes com câncer ginecológico e o outro foi realizado com uma amostra formada tanto por pacientes com câncer do aparelho quanto por pacientes com câncer de mama (León-Pizarro et al., 2007). Uma das pesquisas foi efetivada somente com mulheres com câncer no colo do útero (Padilla et al., 2003) e a outra por apenas mulheres com câncer no ovário (McCorkle et al., 2008). Contudo, a maioria dos estudos foi realizada com pessoas diagnosticadas com diferentes tipos de neoplasia ginecológica ( $n = 7$ ), sendo que um deles (Brotto et al., 2012) abrangia especificamente pacientes com câncer no colo uterino e no endométrio.

Do total de trabalhos analisados, quatro foram conduzidos com pacientes em tratamento (cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia), três com pacientes que estavam prestes a iniciar o tratamento oncológico e dois com mulheres sobreviventes. Um dos estudos ainda apresentou uma amostra de pacientes com o tumor em estágio avançado ou metastático (Ward et al., 2000).

Todos os estudos empregaram mais de um instrumento para avaliar os resultados das intervenções psicossociais. No total, foram empregados 26 instrumentos distintos. As escalas representaram o tipo de instrumento mais empregado, sendo usadas em quase todos os estudos ( $n = 8$ ), com exceção de um que utilizou roteiros de entrevista semiestruturados, apesar de terem sido analisados de modo quantitativo e dispostos em forma de tabelas e gráficos (Padilla et al., 2003).

Os trabalhos utilizaram um total de 24 escalas diferentes, sendo que as escalas mais aplicadas foram a HAD ( $n = 3$ ); BDI, EORTC QLQ C30 e FSQS ( $n = 2$ ) que avaliam, respectivamente, ansiedade/depressão, depressão, QV e *distress* sexual. Os questionários foram o segundo instrumento mais empregado. Os autores dos estudos elaboraram questionários para avaliação da intervenção proposta (Chan et al., 2005; Classen et al., 2012; Ward et al., 2000), além de questionários sociodemográficos e médico-clínicos. O Anexo A apresenta os artigos analisados, com identificação das participantes, objetivos, variáveis avaliadas, instrumentos e resultados.

As variáveis mais avaliadas nos estudos foram QV e depressão ( $n = 6$ ). Outros fatores mensurados foram ansiedade ( $n = 4$ ), funcionamento sexual ( $n = 3$ ), *distress* sexual ( $n = 2$ ) e dor ( $n = 2$ ). Todos os artigos apontaram de forma clara os instrumentos empregados para medir tais variáveis. Entretanto, as pesquisas que se propuseram a mensurar o *distress* sexual não apresentaram uma definição desse conceito, o que não permite sua diferenciação do termo funcionamento sexual.

Analisando-se os principais resultados, constatou-se que em grande parte dos estudos ( $n = 8$ ) as intervenções psicossociais voltadas para pacientes com câncer ginecológico produziram resultados favoráveis. Apenas um trabalho demonstrou que a intervenção psicossocial avaliada não resultou em mudanças significativas nas variáveis mensuradas (Chan et al., 2005).

A maioria das intervenções avaliadas ( $n = 7$ ) nos estudos foi conduzida individualmente. Dois artigos descreveram intervenções psicossociais que apresentavam um formato grupal. Dentre esses, um trabalho examinou os efeitos de um grupo de suporte *online* fechado. Essa intervenção foi estabelecida em dois *websites* conectados, sendo que um deles continha um fórum de discussão que disponibilizava um material psicoeducativo (Classen et al., 2012).

De forma geral, as intervenções psicossociais avaliadas tiveram os seguintes focos de trabalho, como sexualidade/atividade sexual após o tratamento do câncer ginecológico ( $n = 4$ ); comunicação com o parceiro ( $n = 3$ ); suporte emocional e informacional ( $n = 1$ ); resposta de autocontrole depois da cirurgia ( $n = 1$ ); manejo da dor ( $n = 1$ ); preparo psicológico para o tratamento de braquiterapia ( $n = 1$ ); e a sexualidade/atividade sexual após o tratamento para câncer ginecológico. Todas as intervenções psicossociais incluíram o fornecimento de informações ou educação. Em dois artigos, esse componente da intervenção foi adaptado de acordo com as necessidades individuais da mulher (Chan et al., 2005; McCorkle et al., 2008).

Em relação às técnicas empregadas, os estudos integraram diferentes elementos em suas intervenções psicossociais. Seis trabalhos não especificaram as técnicas utilizadas, no entanto é possível identificá-las a partir de sua descrição. Psicoeducação, intervenção suportiva, treino em relaxamento, imagem guiada, educação, manejo de estresse, dor e de sintomas físicos ou psicológicos (depressão e ansiedade) estão entre as estratégias mais adotadas.

Embora tenham incluído múltiplos elementos, as intervenções foram categorizadas em: (1) educação, baseadas no fornecimento de informações para a paciente; (2)

intervenções cognitivo-comportamentais, caracterizadas por visarem à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, como também pela aprendizagem de novas habilidades; e (3) intervenções suportivas em que é encorajada a expressão de emoções.

As intervenções cognitivo-comportamentais representaram a categoria mais numerosa, englobando quatro intervenções avaliadas nos estudos. Três intervenções configuraram-se como educação e duas como intervenções suportivas. Três intervenções foram conduzidas por psicólogos, duas por profissionais de enfermagem e uma por médico. Dois trabalhos não mencionaram a área de formação dos profissionais que conduziram a intervenção.

O número de sessões, frequência e duração é outro aspecto muito discutido nos trabalhos de avaliação dos efeitos da intervenção. Por essa razão, os dados foram agrupados na Tabela 2:

Tabela 2.

*Número de sessões, frequência e duração das intervenções psicossociais avaliadas nos artigos analisados*

<b>Artigo</b>	<b>Número de sessões, frequência e duração</b>
<b>Ward et al. (2000)</b>	Uma sessão individual que durava aproximadamente 10 minutos, realizada antes da cirurgia, com 15 minutos adicionais para discussão de eventual dúvida ou preocupação. Três encontros posteriores na casa da paciente.
<b>Maughan &amp; Clarke (2001)</b>	Não houve um número máximo de sessões. O suporte foi oferecido conforme a necessidade da paciente.
<b>Petersen &amp; Quinlivan (2002)</b>	Uma sessão de uma hora de duração.
<b>Padilla et al. (2003)</b>	Três sessões ao longo de uma semana. Cada sessão teve uma duração aproximada de 1h30m.
<b>Chan et al. (2005)</b>	Sessões a cada duas semanas durante o tratamento e a cada seis meses no período de <i>follow up</i> (até 18 meses do tratamento).
<b>León-Pizarro et al. (2007)</b>	Sessão individual em uma ou duas semanas anteriores à internação para o procedimento de braquiterapia. A primeira sessão durou de 45 a 50 minutos e a segunda 10 minutos.
<b>McCorkle et al. (2008)</b>	18 encontros: dois deles semanais no primeiro mês e dois mensais nos meses de 2 a 6 de <i>follow up</i> . Foram realizadas também uma ou duas sessões adicionais na casa da paciente ou na clínica para a avaliação da necessidade de <i>follow up</i> .
<b>Brotto et al. (2012)</b>	Uma sessão mensal ao longo de três meses.
<b>Classen et al. (2012)</b>	12 semanas (ou três meses) de intervenção.

A partir dessas informações, nota-se que as intervenções psicossociais que visavam o incremento da QV apresentavam estruturas variadas. Mais da metade das intervenções foram breves com menos de quatro sessões (León-Pizarro et al., 2007; Padilla et al., 2003; Petersen & Quinlivan, 2002; Ward et al., 2000). A duração dos atendimentos não excedia duas horas. Quanto à frequência das sessões, os resultados se mostraram heterogêneos com intervenções com uma única sessão ou com um número definido conforme as necessidades das pacientes ou ao período do tratamento. Vale destacar ainda que as intervenções voltadas para a preparação do procedimento ocorriam antes da sua realização. Atendimentos de *follow up* também foram conduzidos.

A revisão da literatura apontou que as intervenções psicossociais elaboradas têm produzido mudanças significativas nas variáveis mensuradas. Entretanto, para poder afirmar que essas intervenções são eficazes, uma análise do rigor metodológico desses estudos é fundamental para examinar se as mudanças observadas representam efeitos dessas intervenções ou sofrem o efeito de outras variáveis.

Notou-se também que as intervenções psicossociais voltadas para pacientes com câncer ginecológico têm suas dificuldades e necessidades indicadas na literatura, tais como sexualidade ou funcionamento sexual, comunicação com o parceiro e oferecimento de informações. Quanto a essa última estratégia, verificou-se que todos os trabalhos analisados buscaram prover informações para a promoção de um enfrentamento adaptativo. Isso corrobora dados da literatura que reiteram os benefícios dessa atividade (Baum & Andersen, 2001).

Todos os artigos selecionados nessa revisão foram obtidos da base de dados PubMed, o que revela que os trabalhos estão concentrados em periódicos da área médica, apesar de boa parte deles terem sido desenvolvidos em parceria com profissionais de enfermagem. Uma das hipóteses levantadas para essa questão é que médicos e enfermeiros são os profissionais de referência para o trabalho com a referida população. Essa aproximação com as pacientes pode impulsionar a execução de pesquisas.

A variável sexualidade foi avaliada em mais de uma produção. Os estudos que trataram dessa temática justificam esse enfoque em razão da prevalência do *distress* em mulheres com câncer ginecológico após o tratamento. Porém, diante desse dado, pode-se considerar: até que ponto abordar a sexualidade representa um viés do pesquisador? Assim, é necessário que os profissionais antes de desenvolverem as intervenções realizem um levantamento de necessidades das pacientes. Procedimentos de triagem que direcionam a seleção de participantes que podem se beneficiar com as intervenções maximizam o alcance dos estudos.

A análise dessa revisão e a consideração das respostas apontadas pelas mulheres antes do tratamento de braquiterapia subsidiaram o planejamento da pesquisa desenvolvida que tentou incorporar os diferentes elementos identificados como lacunas dos estudos da área, resultando na estruturação de um modelo de atendimento focado em apoio informativo (fornecimento de esclarecimentos sobre o tratamento), apoio emocional (intervenção suportiva-expressiva) e apoio instrumental (treino em resolução de problemas).

## **CAPÍTULO 3**

### **OBJETIVOS**

Tendo como base a produção registrada na literatura sobre a experiência relacionada ao tratamento por braquiterapia entre mulheres com câncer ginecológico e, mais especificamente, com câncer de colo do útero, foram delimitados os objetivos gerais e específicos que nortearam a realização desta pesquisa, os quais são dispostos neste capítulo.

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Avaliar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa de preparação psicológica para BATD, individual e em grupo, sobre os níveis de *distress* e domínios da QV de pacientes com câncer de colo do útero.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Desenvolver uma proposta de intervenção compatível com as demandas das pacientes em BATD e a realidade do Setor de Radioterapia do CACON;
- Averiguar o conhecimento das pacientes sobre a braquiterapia no momento de ingresso no serviço;
- Identificar os níveis de *distress* e de domínios específicos da QV apresentados pelas pacientes antes do tratamento de BATD e da intervenção psicoeducativa (etapa pré-intervenção);
- Avaliar o efeito da intervenção sobre as respostas de *distress* e domínios da QV ao término de sua execução (etapa pós-intervenção) e aproximadamente um mês após (etapa *follow up*);
- Comparar os níveis de *distress* e de QV entre as pacientes que participaram da intervenção psicoeducativa (no formato individual e em grupo) e aquelas que não receberam a preparação psicológica para o tratamento de BATD;
- Verificar a percepção das pacientes dos grupos experimentais sobre as vantagens e limitações da intervenção psicoeducativa;
- Conhecer a vivência em BATD das mulheres que não participaram da intervenção de preparação psicológica;
- Analisar a viabilidade de inclusão da intervenção psicoeducativa na rotina de assistência às pacientes em BATD no CACON.

## CAPÍTULO 4

### MÉTODOS

O presente capítulo apresenta o método empregado nesta pesquisa, desenvolvida entre abril de 2012 e fevereiro de 2013. São expostas informações sobre o delineamento do estudo, o local da investigação, as mudanças no planejamento da intervenção, a composição da amostra, os aspectos éticos observados, os instrumentos e materiais utilizados, assim como os procedimentos de coleta e análise dos dados. A proposta da intervenção psicoeducativa é descrita.

#### 4.1 Delineamento do estudo

Para alcançar os objetivos traçados, utilizou-se um delineamento quase-experimental, a partir do qual comparou-se diferentes variáveis (*distress* e QV) entre as mulheres que participaram da intervenção psicoeducativa e aquelas que compuseram o grupo controle, em três momentos de avaliação:

1. Pré-intervenção (linha de base): realizada no período anterior ao início do tratamento de BATD e da aplicação da intervenção proposta;
2. Pós-intervenção: realizada imediatamente após a execução da intervenção;
3. *Follow up*: realizada na última inserção de BATD, aproximadamente um mês depois da intervenção.

Isaac e Michael (1995) assinalam que esse tipo de delineamento analisa relações de causa e efeito pela exposição de um ou mais grupos de indivíduos a uma ou mais condições de tratamento e pela comparação dos resultados entre um ou mais grupos de indivíduos que não receberam o tratamento. É apropriado para ambientes naturais em que só é possível um controle parcial das variáveis e para estudos de efetividade nos quais a distribuição randômica dos participantes é inviável.

Cabe destacar ainda que foi usada nesta pesquisa uma abordagem que combinou métodos qualitativos e quantitativos, amplamente defendida na literatura (Cresswell, 2009; Dias, 2011; Greene, Caracelli, & Graham, 1989; Hartz, 1999). Tanaka e Melo (2004) argumentam que a adoção de métodos mistos é apropriada para a avaliação em serviços de saúde tendo em vista sua heterogeneidade e complexidade. Consiste, pois, em um desenho metodológico que possibilita a avaliação das diferentes facetas de um mesmo fenômeno e a obtenção de uma resposta mais pertinente à proposta avaliativa.

## **4.2 Local da investigação: Funcionamento do Setor de Radioterapia do CACON/HUB**

A investigação foi desenvolvida no Setor de Radioterapia do CACON/HUB. Esse hospital tem a missão de “cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde” (HUB, 2013, seção Institucional, para. Missão).

Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs) integram hospitais de nível terciário e proporcionam atendimento especializado no diagnóstico definitivo e no tratamento de todos os tipos de câncer, devendo ser capacitados para a avaliação da extensão da neoplasia e a garantia da qualidade do cuidado (CONASS, 2005). O CACON/HUB foi inaugurado em agosto de 2009, em parceria com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e o INCA. Essa unidade dispõe de atendimentos clínicos e serviços de quimioterapia e radioterapia, compondo a rede de atenção oncológica do país e contribuindo para a ampliação da cobertura assistencial do Distrito Federal (DF) (HUB, 2004).

No CACON/HUB são oferecidas as duas modalidades de radioterapia: a externa, nos três turnos, para pacientes oncológicos da SES-DF de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. A braquiterapia, nos dois turnos, para mulheres do Sistema Único de Saúde (SUS), diagnosticadas com câncer ginecológico. Atualmente, representa a única unidade de saúde do DF que disponibiliza a BATD para a população feminina. Até a sua implantação, as pacientes eram direcionadas a hospitais de outras unidades federativas para realização do tratamento (Castro, 2009).

A sistemática de ingresso de pacientes no local é feita pelo encaminhamento de radioterapeutas que atendem em hospitais conveniados ou que integram a SES-DF e pelo encaminhamento de oncologistas clínicos do próprio HUB. A equipe é formada por enfermeiras, físicos médicos, radioterapeutas, técnicas de enfermagem, técnicos em radiologia, anestesistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e psiquiatras.

A captação atual de pacientes em braquiterapia pelo Serviço de Psicologia do CACON ocorre por meio do Acolhimento ou do encaminhamento pela equipe multiprofissional a partir da identificação de eventuais demandas, tais como ansiedade frente ao tratamento, depressão e presença de conflitos conjugais e familiares. Vale esclarecer que o Acolhimento, nesse centro oncológico, constitui um procedimento operacional que tem como finalidade a recepção do usuário, a assistência inicial das



queixas e a devida orientação para a busca dos diferentes serviços prestados. Acontece semanalmente e agrupa os pacientes que estão aguardando o tratamento oncológico.

A braquiterapia no CACON tem a duração aproximada de um mês, sendo realizadas três ou quatro aplicações semanais, de acordo com a avaliação médica. No momento do ingresso, as pacientes com indicação de braquiterapia participam de uma consulta de admissão com um profissional da equipe médica de radioterapia e outro da enfermagem. Nessa consulta, o radioterapeuta analisa, por meio do exame físico geral e ginecológico, o volume residual da doença e a anatomia da paciente, considerando sua resposta à radioterapia externa. A enfermeira avalia o estado clínico e fornece orientações quanto ao procedimento, ao exercício de dilatação para evitar o estreitamento do canal vaginal e à necessidade de tricotomia, uso de camisinha na relação sexual e jejum de oito horas (no caso de sedação). Por semana, são disponibilizadas seis vagas que correspondem ao número máximo de pacientes admitidas no serviço.

Durante a BADT, as pacientes podem receber sedação para minimizar a dor e o desconforto ocasionados pelo procedimento. Os critérios que definem essa conduta são o uso ou não de aplicador que contenha sonda intrauterina (anel/ovoide ou colpostato), indicado apenas quando a paciente não foi submetida à histerectomia; e a presença de dor e de ansiedade na ocasião da medição do comprimento interno da cavidade uterina (histereometria). Atendendo a tais critérios, o procedimento é agendado para períodos em que há anestesistas disponíveis no Setor de Radioterapia. Esses profissionais atuam no esquema de rodízio, em três dias específicos da semana.

No dia do procedimento, a paciente é conduzida pela equipe de enfermagem para a sala de aplicação, na qual é disposta em posição ginecológica sobre a cama-maca. Uma sonda intravesical de demora, acrescida de contraste, é inserida em sua bexiga para permitir a visualização do aplicador e dos órgãos da região pélvica durante o planejamento da dose. Exames radiográficos são utilizados para a verificação do posicionamento correto. O médico radioterapeuta introduz, ainda, o aplicador adequado no canal vaginal para a irradiação do tumor. A paciente é orientada pela equipe a permanecer na mesma posição para que não haja deslocamento do aplicador. Com os dados da radiografia, inicia-se o planejamento da dose pelo físico médico, que realiza os cálculos do tempo de exposição à radiação, segundo a dose prescrita pelo radioterapeuta.

Em geral, a duração média do procedimento é de 60 minutos, sendo que a preparação da paciente consome cerca de 40 minutos. A avaliação radiográfica dura 10 minutos e são gastos 10 minutos adicionais para o planejamento da dose de radiação. Essa

programação é efetivada, em todas as aplicações, somente para as pacientes que não foram submetidas à retirada do útero. As pacientes histerectomizadas passam por esse processo apenas na primeira aplicação.

A paciente é comunicada de que no momento da radiação ela ficará mantida em isolamento até o seu término, enquanto é observada pela equipe de enfermagem em sala anexa. Além disso, é informada de que poderá interagir a qualquer momento com os profissionais por equipamentos de vídeo e áudio presentes nas duas salas. Com o final da radiação, a fonte é recolhida, o aplicador é retirado de dentro da paciente e encaminhado à Central de Material Esterilizado para os cuidados devidos.

#### **4.3 Definição da intervenção: do planejamento à prática**

A estrutura da intervenção psicoeducativa foi modificada ao longo da coleta dos dados devido a eventos externos ao Setor de Radioterapia que interferiram na sua rotina. Tendo em vista que um dos objetivos do presente estudo foi desenvolver uma proposta de intervenção compatível com as demandas das pacientes em BATD e a realidade do Setor de Radioterapia do CACON, tais mudanças possibilitaram reflexões importantes para a definição do modelo de atendimento.

O projeto previa um programa de intervenção psicoeducativa em grupo com dois encontros semanais conduzidos antes do início da braquiterapia. No entanto, verificou-se durante o recrutamento das mulheres para a pesquisa que esse número de encontros planejados não seria possível face à recusa das participantes.

O número total de quatro encontros do programa também foi reduzido para adaptar-se à dinâmica de admissão de pacientes no Setor de Radioterapia, alterada diante de situações ocorridas na rede pública de saúde. As atividades foram ajustadas para serem desenvolvidas em uma única sessão, antes da primeira aplicação de braquiterapia. Delineou-se, assim, uma intervenção breve para cumprir com as exigências de estabelecer uma assistência psicológica exequível no serviço e que não demandasse o deslocamento adicional da paciente para o hospital, levando-se em conta a condição socioeconômica da maioria delas. Vale ressaltar que esses acontecimentos não haviam acontecido desde a implementação do CACON, o que indicou outra realidade de atendimento e planejamento de assistência.

Após a aprovação do projeto pelo CEP em março de 2012, foi efetivada uma reunião com a equipe médica e de enfermagem do setor para a descrição do programa psicoeducativo e a apresentação dos seus objetivos, como também para solicitar a

participação desses profissionais com a realização de palestras. Em seguida, a equipe definiu o médico e a enfermeira que seriam responsáveis por essas atividades a fim de controlar o viés da característica de atuação do profissional na avaliação da intervenção.

No dia 03 de abril, a pesquisadora buscou na agenda de cada radioterapeuta a relação das pacientes aguardando a consulta de admissão. Nesse momento, não havia nenhuma mulher com atendimento agendado. Em contato com a equipe médica do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), soube-se que os encaminhamentos para a braquiterapia haviam cessado, porque o aparelho de teleterapia encontrava-se interdito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em função das condições de funcionamento. Tal situação explica a repercussão no CACON uma vez que 93,51% das pacientes que ingressam para a realização da BATD provêm de outros hospitais vinculados à SES-DF, especialmente do HBDF. A partir do dia 16 de abril, o acolhimento de mulheres para esse tratamento foi retomado.

Nos meses de abril, maio e junho, a pesquisadora não conseguiu compor um grupo de pacientes para a intervenção. Como já exposto, uma das dificuldades encontradas foi o número limitado de pacientes admitidas no serviço, em virtude do período em que o aparelho de teleterapia do HBDF estava em reparação. Esse atraso no tratamento radioterápico e, conseqüentemente, no de braquiterapia, ficou evidente nos prontuários das pacientes abordadas durante esses meses. De acordo com os registros médicos, a maioria havia iniciado a radioterapia em fevereiro ou março e só finalizado em maio ou junho. A equipe médica recomendava o agendamento da primeira inserção de braquiterapia para o mais breve possível, pois a sua interrupção representaria uma diminuição na eficácia do tratamento.

Outra dificuldade referia-se ao início do tratamento de braquiterapia. Como existia um número considerável de vagas disponíveis em decorrência do fator citado acima, as pacientes realizavam a primeira aplicação na mesma semana em que ocorria a consulta de admissão ou na semana posterior. Desse modo, organizar um grupo nos moldes da intervenção traçada no projeto, mostrava-se inviável, já que as consultas de admissão eram efetuadas poucos dias antes do tratamento. De um total de 28 pacientes abordadas até o mês de julho, 13 não cumpriam os critérios de inclusão e três não aceitaram participar da pesquisa.

Por outro lado, cinco pacientes não aceitaram participar da intervenção psicoeducativa em grupo, alegando os seguintes motivos: (a) distância entre sua residência e o CACON (a maioria das pacientes atendidas no local residem em cidades satélites do

DF ou do Entorno), (b) ausência de cuidadores para acompanhá-las até o serviço (especialmente no caso das pacientes com idade superior a 50 anos) e (c) inexistência de pessoas para cuidarem dos filhos menores de idade. Outros estudos que avaliaram os efeitos de intervenção psicológica em grupo entre pacientes do HUB também enfrentaram problemas no recrutamento de participantes (Faustino, 2006; Rodrigues, 2008; Souza, 2009). Outro fator identificado no discurso das pacientes que impediu a participação na intervenção foi o cansaço em relação à rotina hospitalar imposta pela radioterapia externa, que requeria a ida ao hospital em todos os dias úteis da semana.

No decorrer desses meses, as mulheres que atendiam aos critérios de seleção e que aceitaram participar da pesquisa compuseram o Grupo Controle (GC) deste estudo. Cinco pacientes que manifestaram disponibilidade para as atividades do programa, mas não puderam ser incluídas em um grupo de intervenção pelos aspectos já mencionados, também foram distribuídas para esse grupo.

Apesar dessas dificuldades para implantar a intervenção, dois grupos foram conduzidos nos meses de julho e agosto. Um deles foi constituído por duas pacientes (Grupo Piloto) e o outro por três (Grupo 3). Essas pacientes compuseram o Grupo Experimental de Intervenção em Grupo (GEIG). Outro grupo (Grupo 2), ainda, foi programado para ocorrer com duas mulheres, porém apenas uma delas compareceu ao atendimento psicológico, caracterizando uma intervenção individual com a presença do médico e da enfermeira. Como a intervenção abrangia as mesmas atividades das pacientes do GEIG, para análise dos dados, ela foi integrada àquele grupo.

Na primeira quinzena de setembro, o funcionamento do aparelho de radioterapia externa do HBDF foi interrompido para manutenção. Por essa razão, nesse mês ingressaram apenas quatro pacientes no serviço, o que impediu a composição de outros grupos. No mês de outubro, a coleta foi suspensa para replanejamento da intervenção. A Tabela 3 evidencia o fluxo de pacientes admitidas no Setor de Radioterapia durante o período de coleta dos dados.

Tabela 3.

*Fluxo de pacientes admitidas no serviço durante o período de coleta dos dados*

Meses	Total de admissões	Convites para intervenção/pesquisa	Critérios de inclusão não atendidos	Aceites à pesquisa	Aceites à intervenção	Recusas	BATD não foi indicada
Abril	10	5	2	3	1	0	1
Maió	7	6	3	2	1	1	0
Junho	12	8	4	2	2	1	1
Julho	15	9	4	6	4	1	0
Agosto	19	14	6	11	7	1	0
Setembro	4	2	2	0	0	1	0
Novembro	16	8	4	6	6	2	0
Dezembro	11	9	2	6	6	2	1
Janeiro	30	9	1	6	6	2	1
TOTAL	124	70	28	42	33	11	4

Face à suspensão da admissão na primeira quinzena de abril e de setembro, a intervenção em grupo passou a ser conduzida no formato individual. Com repetidas tentativas de constituição dos grupos, constatou-se que essa última estrutura se adequava mais às condições atuais de funcionamento do setor. As atividades definidas para o grupo foram também executadas no atendimento individual, exceto as palestras efetivadas pela equipe médica e de enfermagem. A descrição dos dois formatos de intervenção é apresentada nas seções 4.8.2.1 e 4.8.2.2.

As dificuldades na execução do projeto motivaram a realização de uma visita técnica a outro serviço de radioterapia. Em contato com o profissional de psicologia que atua na instituição há mais de 10 anos com pacientes em braquiterapia, tomou-se conhecimento de problemas semelhantes no estabelecimento do atendimento em grupo o que resultou na adoção de intervenções individuais.

A partir de novembro, as pacientes que atendiam aos critérios de inclusão e que aceitavam participar do atendimento de preparação psicológica, logo após as consultas de admissão, compuseram o Grupo Experimental de Intervenção Individual (GEII). A coleta de dados se estendeu até o alcance de um número que possibilitasse a análise estatística dos efeitos da intervenção psicoeducativa.

#### **4.4 Composição da amostra**

Entre abril de 2012 a fevereiro de 2013, período da coleta de dados, 131 mulheres realizaram a BATD no CACON. Desse total, 85,62% das pacientes possuíam o diagnóstico de câncer de colo do útero. Esse percentual justificou o estabelecimento desse tipo de

neoplasia como um critério para a seleção das participantes do estudo e a definição do instrumento de avaliação da variável QV. Assim, as participantes do estudo foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Apresentar diagnóstico de câncer de colo do útero (doença catalogada pela CID 10 como C 53.9) e conhecimento do mesmo;
- Possuir indicação médica para BATD como complementação do tratamento oncológico;
- Ter entre 20 e 70 anos de idade;
- Manifestar disponibilidade para as atividades da intervenção psicoeducativa.

Como critérios de exclusão, foram considerados os seguintes aspectos:

- Mulheres não alfabetizadas que apresentassem dificuldade para compreender os instrumentos de avaliação e o material de apoio didático utilizado na intervenção, conforme avaliação da pesquisadora;
- Pacientes com histórico de transtornos psiquiátricos e/ou neurológicos que comprometessem a expressão verbal e sua capacidade para responder aos instrumentos.

O recrutamento das participantes se deu mediante o convite direto feito para as pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero e com indicação de braquiterapia, que ingressaram no CACON para a conclusão do tratamento oncológico. Das 70 pacientes abordadas na pesquisa, 11 recusaram participar da intervenção e da pesquisa, relatando falta de interesse em responder aos questionários e entrevistas (Tabela 3).

Contudo, as mulheres que atendiam aos critérios de inclusão e que manifestaram aceite compuseram os três grupos desta pesquisa, de acordo com o formato de intervenção a que foram submetidos e a possibilidade de formar grupos psicoeducativos no serviço, como já exposto. Entre essas pacientes, uma do GC não foi acompanhada na última etapa deste estudo, pois a data da última aplicação foi antecipada sem que a pesquisadora, previamente, tomasse conhecimento dessa mudança. Cinco pacientes do GEII também foram excluídas. Uma delas recusou-se a continuar a responder as escalas. Outra não compareceu ao atendimento psicológico agendado em dois dias subsequentes à consulta de admissão, justificando a sensação de mal estar físico para sua ausência. A terceira teve o tratamento cancelado devido à detecção de metástase e piora no prognóstico. A quarta precisou se submeter a exames para avaliar com precisão a indicação terapêutica, atrasando o início da braquiterapia. Finalmente, outra delas teve o final do tratamento adiado devido à quebra no aparelho de braquiterapia.

Dessa forma, a amostra foi composta por 36 mulheres distribuídas nos três grupos: GC ( $n = 16$ ), GEIG ( $n = 6$ ), GEII ( $n = 14$ ). A Figura 2 mostra o fluxo de pacientes no estudo.

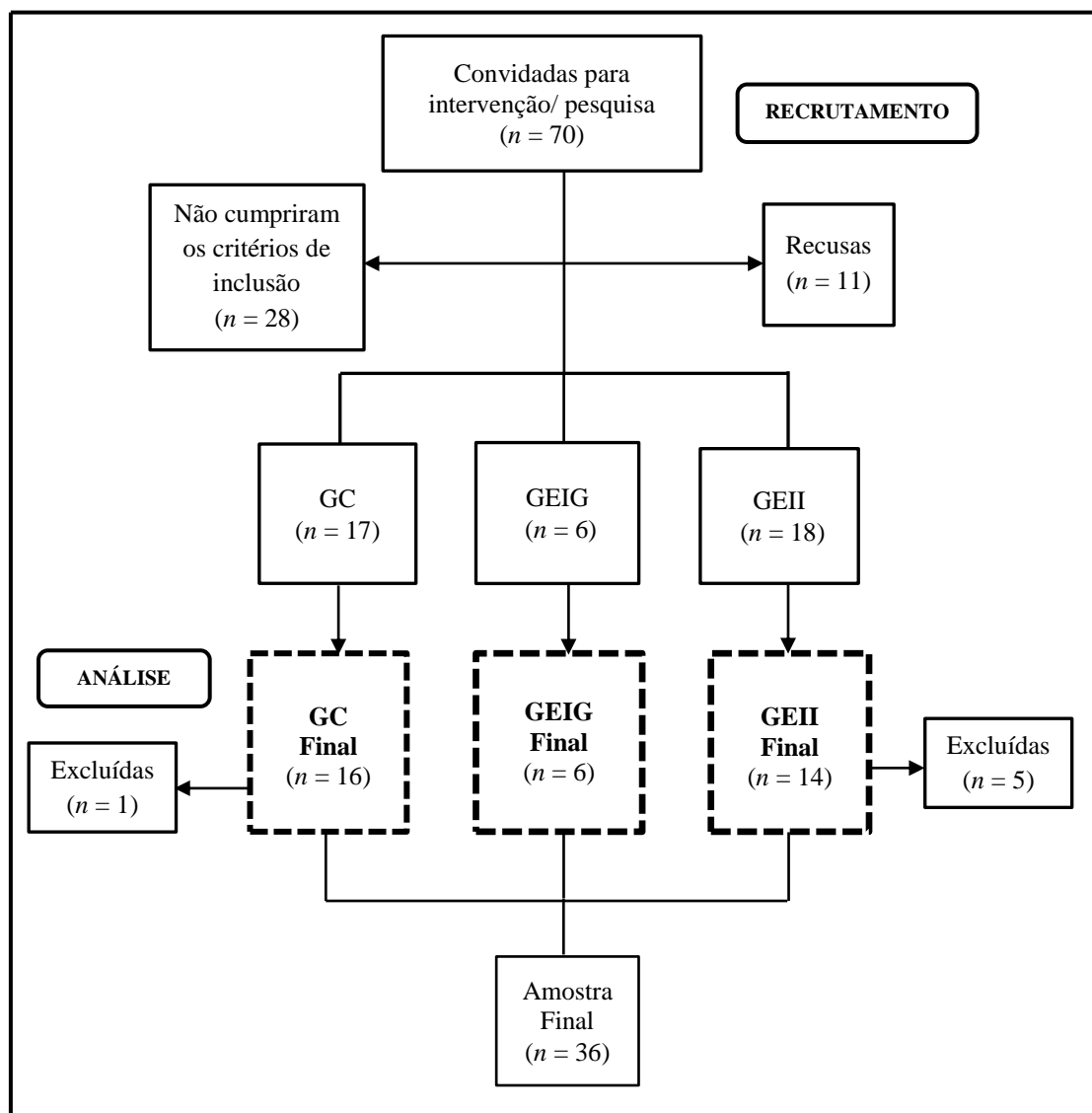


Figura 2. Fluxo de pacientes no estudo e composição final da amostra.

#### 4.5 Aspectos éticos

Com a finalidade de cumprir as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 para estudos envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB), o qual emitiu parecer favorável à sua execução, sob o protocolo de número 192/11 (Anexo B). A pesquisa foi realizada com a autorização de todas as participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se o anonimato e a confidencialidade das declarações.

Os documentos empregados estão em arquivo restrito com acesso apenas da pesquisadora responsável e da equipe de auxiliares.

As pacientes do GC receberam o atendimento padrão oferecido pelo serviço, o que inclui as consultas com a equipe médica de radioterapia e de enfermagem. Três pacientes apresentaram demandas para intervenção psicológica e foram atendidas após a participação na pesquisa. Uma mulher do GEII e outra do GEIG precisaram de acompanhamento psicológico mais específico, após a execução da intervenção psicoeducativa. É importante destacar que as participantes da pesquisa também tiveram acesso a outros profissionais como nutricionistas e assistentes sociais, disponíveis no hospital.

#### **4.6 Instrumentos**

Para avaliar os efeitos da intervenção psicoeducativa entre pacientes em braquiterapia para câncer de colo do útero, foram utilizadas escalas que mensuraram as variáveis *distress* e QV, como também roteiros de entrevista semiestruturada, descritos a seguir:

##### **4.6.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)**

Utilizou-se a versão em português da *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (Anexo C) de Zigmond e Snaith (1983) para aferir o nível de *distress* apresentado pelas mulheres em braquiterapia. A HAD detecta graus leves de transtornos de humor, sendo aplicada, no ambiente hospitalar, para a triagem de pacientes com medida clínica de ansiedade e depressão. Caracteriza-se pela ausência de itens que estimam sintomas somáticos atribuíveis a outras condições de saúde e psiquiátricas e por apresentar um conceito de depressão centrado na noção de anedonia. Além disso, é utilizada frequentemente como ferramenta critério para a validação de outras medidas de *distress* (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Júnior, & Pereira, 1995).

Trata-se de um instrumento autoaplicável, podendo ser preenchido pelo pesquisador a partir do relato verbal do paciente. É constituído por 14 itens com quatro opções de respostas, para as quais os pacientes atribuem, respectivamente, 0, 1, 2 e 3 pontos. Essa avaliação deve basear-se no modo como o paciente se sentiu na última semana. A HAD está subdividida em duas subescalas:

1. Ansiedade: composta por sete itens (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13).
2. Depressão: composta também por sete itens (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).



O escore total de cada subescala varia de 0 a 21. Uma pontuação igual ou superior a oito é indicativa de ansiedade e uma pontuação igual ou superior a nove revela depressão clínica. Quando a HAD é empregada para avaliar *distress*, como no presente estudo, ela é tratada como uma única escala de 0 a 42 pontos, em que um escore final com valor igual ou superior a 15 demonstra a presença de *distress* (Jacobsen et al., 2005).

No Brasil, essa escala foi adaptada e validada entre pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica (Botega et al., 1995). As propriedades psicométricas foram testadas na amostra e os alfas de Cronbach para cada subescala indicaram consistência interna aceitável (0,68 e 0,77, respectivamente). Na literatura, foram encontrados dois outros estudos relacionados à braquiterapia (León-Pizarro et al., 2007; Olivares & Hernández, 2006) que empregaram esse instrumento, favorecendo a discussão sobre seu uso e resultados.

#### **4.6.2 Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Cancer (FACT-Cx)**

Utilizou-se a versão 4.0 em português da *Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Cancer* (Anexo D). O seu uso foi concedido mediante a autorização da instituição detentora dos direitos autorais (Anexo E).

A FACT-Cx avalia a funcionalidade e a satisfação da paciente com a QV, abrangendo as dimensões bem estar físico, bem estar social/familiar, bem estar funcional e bem estar emocional. Foi desenvolvida para ser autoaplicável, entretanto pode ser administrada em forma de entrevista, como nesta pesquisa.

Esse instrumento é formado por 42 itens que são analisados a partir de uma escala do tipo Likert de cinco pontos (0 = nem um pouco; 4 = muitíssimo). Desse total, 22 itens foram redigidos de forma negativa. Para o seu preenchimento, solicita-se que a avaliação seja feita com base nos últimos sete dias.

A FACT-Cx está organizada em duas subescalas:

1. FACT-G: compreende 27 itens que são agrupados em quatro domínios:
  - a. Bem estar físico: composto por sete itens (GP1, GP2, GP3, GP4, GP5, GP6, GP7).
  - b. Bem estar social/familiar: composto por sete itens (GS1, GS2, GS3, GS4, GS5, GS6, GS7).
  - c. Bem estar emocional: composto por seis itens (GE1, GE2, GE3, GE4, GE5, GE6).

- d. Bem estar funcional: composto por sete itens (GF1, GF2, GF3, GF4, GF5, GF6, GF7).
2. “Preocupações Adicionais”: subescala que relaciona questões específicas do câncer de colo do útero, tais como problemas urinários e intestinais, alterações na vagina, dieta, preocupações relacionadas ao tratamento, sexualidade e autoimagem. Compreende 15 itens (CX1, CX2, CX3, B4, CX4, BMT7, CX5, BL4, C7, CX6, C6, BL1, BL3, CX7, HN1).

O cálculo dos escores requer primeiro a inversão das pontuações dos itens elaborados de forma negativa pela subtração do valor indicado por quatro (ponto máximo da escala). Em seguida, os valores atribuídos a cada item são somados, revelando o escore total do domínio ou da subescala. Caso haja dados omissos, os escores nas subescalas devem ser ajustados. Para isso, a soma das pontuações é multiplicada pela quantidade de itens do domínio e, então, o valor obtido é dividido pelo número de itens de fato respondidos. Segundo o manual de correção do instrumento, mais de 50% dos itens, em cada domínio ou subescala, devem ser respondidos para que o escore seja considerado válido (Facit.org, 2010).

Os escores variam de zero a 28 nos domínios bem estar físico (PWB), social/familiar (SWB) e funcional (FWB); de zero a 24 no domínio bem estar emocional (EWB); e de zero a 60 na segunda subescala do instrumento (CxCS). O escore total do instrumento consiste na soma dos escores em cada domínio, podendo variar de zero a 168. A obtenção de altos valores na escala sugere uma melhor QV. O inverso também se verifica, quanto menor o resultado, menor será a QV.

Embora a FACT-Cx não tenha sido validada para a população brasileira, ela foi selecionada, para a avaliação da variável QV por fundamentar-se em uma concepção multidimensional do construto, ser voltada para o câncer de colo do útero, e ser de breve e fácil aplicação. Representa, ainda, uma escala amplamente utilizada na avaliação da QV de pacientes com câncer de colo uterino (Chase, Watanabe, & Monk, 2010; Silva & Derchain, 2006). Instrumentos específicos de avaliação da QV em determinados diagnósticos oferecem uma descrição mais compreensiva e detalhada dos problemas decorrentes de uma doença e das vantagens e limitações do tratamento, além de possibilitar a mensuração de alterações clínicas importantes (Matos, 2006).

No Brasil, Fernandes e Kimura (2010) utilizaram a versão em português da escala em um estudo que avaliava a QVRS de mulheres com câncer de colo uterino. A fidedignidade do instrumento foi testada pela análise da consistência interna dos itens. As

médias dos coeficientes de alfa de Cronbach foram maiores que 0.60 (valor aceitável). A subescala “Preocupações Adicionais” foi a que apresentou um menor coeficiente (0.65). Em três dos quatro domínios, o coeficiente de alfa de Cronbach foi maior que 0.78 e no total dos itens foi de 0.90, o que evidencia a adequação da escala.

#### **4.6.3 Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

Um roteiro semiestruturado de entrevista (Anexo F) foi elaborado especificamente para esta pesquisa com o intuito de compreender os aspectos pertinentes ao tratamento de braquiterapia e o enfrentamento adotado diante da doença e do tratamento oncológico: conhecimento e percepção acerca da braquiterapia; expectativas com o tratamento e atendimento prestado pela equipe; e eventuais preocupações e medos.

#### **4.6.4 Questionário de dados sociodemográficos e médicos-clínicos**

Esses dados foram obtidos a partir de perguntas dirigidas às pacientes, dos relatórios médicos de encaminhamento, do exame de biópsia e dos registros em prontuário. Os dados sociodemográficos incluíram: data de nascimento, idade, número de filhos, situação conjugal, nível de escolaridade, renda mensal, atividade profissional, situação laborativa e endereço. Os dados médicos-clínicos abarcavam informações sobre a identificação do hospital em que iniciaram o tratamento oncológico; o estadiamento do tumor; o mês e ano do diagnóstico; os tratamentos que foram realizados anteriormente; o número de aplicações de braquiterapia; e os aplicadores utilizados no procedimento (Anexo G).

#### **4.6.5 Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa**

Um instrumento foi construído a fim de examinar as vantagens e limitações da intervenção psicoeducativa, de acordo com a percepção das participantes dos grupos experimentais. Contém questões objetivas e discursivas que abordam a estrutura e o conteúdo da intervenção. Sua aplicação ocorreu na última sessão de braquiterapia, aproximadamente um mês após a participação na intervenção em grupo (Anexo H) e individual (Anexo I).

#### **4.6.6 Instrumento sobre a Experiência na Braquiterapia**

Um instrumento foi respondido (Anexo J) somente pelas pacientes do GC que não participaram da intervenção psicoeducativa. Foi desenvolvido com os objetivos de

verificar a ocorrência de eventos significativos durante a vivência na braquiterapia; identificar estratégias de enfrentamento adotadas diante do processo de adoecimento; solicitar sugestões para o atendimento e a orientação da equipe em relação ao tratamento; e avaliar a satisfação da paciente com a assistência oferecida pelo serviço.

#### **4.7 Materiais**

Foram utilizados os seguintes materiais na aplicação dos instrumentos: canetas esferográficas, pranchetas, cópias dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dos demais instrumentos citados acima.

A condução da intervenção psicoeducativa incluiu o uso dos materiais indicados abaixo:

- Material didático de apoio às exposições orais sobre a doença, o tratamento de braquiterapia e o funcionamento do serviço, elaborado em slides no *software* Power Point 2010 para cada formato de intervenção (Anexos K e L). A reprodução dos slides ocorreu por um *notebook* com monitor de 14 polegadas;
- Material impresso com as mensagens referentes à técnica de visualização guiada (Anexo M);
- Aparelho de som utilizado no treino em relaxamento;
- CD com músicas de relaxamento.

#### **4.8 Procedimentos de coleta dos dados**

Os procedimentos metodológicos adotados no desenvolvimento deste estudo envolveram quatro etapas distintas, expostas detalhadamente a seguir:

##### **4.8.1 Etapa I: Pré-intervenção (linha de base)**

Essa etapa foi realizada entre abril de 2012 e janeiro de 2013. Diariamente, a pesquisadora identificava, na agenda dos médicos do Setor de Radioterapia, as mulheres que aguardavam a consulta de admissão no serviço, os seus dados médico-clínicos, registrados nos relatórios de encaminhamento, e a data dos atendimentos previstos, com a finalidade de verificar se as pacientes atendiam aos critérios de seleção da amostra.

No dia da consulta de admissão, era efetuado o primeiro contato com a paciente. A abordagem era realizada na sala de espera do Setor de Radioterapia pela pesquisadora e por auxiliares de pesquisa devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos. O convite para participar da intervenção psicoeducativa era feito preferencialmente antes do

atendimento médico, seguido de informações gerais sobre a pesquisa e a intervenção psicológica proposta.

Em caso de aceite, o TCLE era disponibilizado em duas vias e lido em voz alta juntamente com a paciente. As mulheres que só tinham disponibilidade para a pesquisa assinavam o TCLE do Grupo Controle (Anexo N) e aquelas que aceitavam participar do atendimento psicológico assinavam o TCLE do Grupo Experimental de Intervenção em Grupo (Anexo O) ou de Intervenção Individual (Anexo P). Após a assinatura das duas vias do documento, os instrumentos eram aplicados na seguinte ordem: (1) Roteiro de entrevista semiestruturada, (2) HAD, (3) FACT-Cx e (4) Questionário de dados sociodemográficos e médico-clínicos.

Durante a aplicação das escalas, a pesquisadora ou uma auxiliar de pesquisa fornecia instruções para o seu preenchimento; lia em voz alta e pausadamente cada item; esclarecia eventuais dúvidas e assinalava a resposta apontada pela paciente. As mulheres que demonstravam dificuldade para compreender as escalas eram orientadas a responder primeiro se concordavam ou não com o conteúdo do item, para depois indicarem o grau de concordância ou discordância. Na realização das entrevistas, adotou-se o mesmo processo.

Caso a paciente fosse convocada para a consulta, enquanto os instrumentos estivessem sendo aplicados, interrompia-se essa avaliação inicial e dava-se prosseguimento após o atendimento médico, cuja duração variava, em média, 20 minutos. Nas situações em que a paciente fosse chamada logo em seguida para o atendimento de enfermagem, as entrevistas eram concluídas posteriormente. Assim, o tempo de aplicação dos instrumentos dependeu do momento em que a paciente dirigia-se para a consulta de admissão com a equipe.

O procedimento adotado, ao final da aplicação dos instrumentos, diferiu entre as pacientes do GEIG e do GEII. Para as mulheres do GEIG, a pesquisadora, primeiramente, confirmava seu interesse em participar do grupo; verificava suas disponibilidades de horário para a intervenção psicológica; e informava que a data provável do atendimento seria combinada por meio de contato telefônico. Na formação dos grupos, a pesquisadora teve que conciliar as disponibilidades dos profissionais da equipe e de todas as pacientes, o que também prejudicou a execução da intervenção em grupo.

Já com as pacientes do GEII, a pesquisadora ou uma das auxiliares de pesquisa reforçava que a intervenção iria ocorrer depois da consulta de admissão com a equipe e que a psicóloga iria aguardá-la na Sala de Psicologia para o atendimento. O tempo entre o ingresso da paciente no serviço e o término do atendimento com a equipe variou de uma a

três horas, constituindo um dos motivos alegados para a recusa em participar da intervenção psicoeducativa individual.

Em especial, as mulheres cuja consulta de admissão aconteceu no período vespertino declararam que não poderiam esperar o atendimento psicológico, pois haviam se deslocado ao hospital por meio de carona, ou pelo fato dos acompanhantes terem assumido compromissos em seguida ou porque enfrentariam dificuldades com o transporte para casa devido ao horário de tráfego. Após essa avaliação inicial, as pacientes do GC receberam as consultas de admissão padrão efetuadas pelo radioterapeuta e enfermeira, enquanto as pacientes de ambos os grupos experimentais participaram também da intervenção psicológica descrita, a seguir:

#### **4.8.2 Etapa II: Execução da intervenção psicoeducativa**

A intervenção psicoeducativa proposta nesta pesquisa teve a finalidade de oferecer preparação psicológica para o tratamento de BATD. Trata-se de uma intervenção breve e diretiva, cujos objetivos de atuação foram estabelecidos previamente e focaram o contexto de tratamento por braquiterapia:

- Disponibilizar informações sobre a doença e a braquiterapia;
- Prover suporte emocional;
- Ensinar técnica psicológica para manejo de ansiedade (relaxamento com visualização guiada);
- Realizar treino em resolução de problemas;
- Favorecer a adaptação ao tratamento com braquiterapia.

O tema das atividades da intervenção foi selecionado a partir: (a) do material apreendido na revisão da literatura; (b) do levantamento das demandas psicossociais das pacientes atendidas na unidade, efetuado pela pesquisa descrita na seção Introdução; e (c) da experiência profissional da pesquisadora em Psico-Oncologia. Baseou-se no referencial teórico-metodológico da Terapia Cognitivo-comportamental e da área da Psicologia da Saúde. As principais técnicas empregadas na intervenção estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4.

Descrição sucinta das técnicas cognitivo-comportamentais empregadas na intervenção

Técnica (referência)	Descrição
<b>Educação em saúde</b> (Baum & Andersen, 2001; L'Abbate, 1994; Souza, Calomé, Costa, & Oliveira, 2005)	Práticas que envolvem as relações sociais entre profissionais de saúde, instituição e usuários, com a finalidade de promoção de saúde e prevenção de doenças. Objetiva informar e orientar os pacientes acerca de sua doença e tratamento para adotarem estratégias de enfrentamento mais eficazes.
<b>Intervenção suportiva-expressiva</b> (Castro, 2008)	Propicia a expressão de emoções pelo indivíduo, permitindo também a constatação do modo como seus relacionamentos são construídos. Objetiva ainda a expressão de emoções relacionadas ao câncer e ao tratamento.
<b>Psicoeducação</b> (Caballo & Buela-Casal, 1996)	Busca proporcionar informações e orientações para os participantes sobre o manejo de emoções e comportamentos com o intuito de favorecer desenvolvimento pessoal e profissional.
<b>Reestruturação cognitiva</b> (Caballo & Buela-Casal, 1996; Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001)	Modificação de crenças e comportamentos desadaptativos relativos à doença e ao tratamento com a finalidade de diminuir o nível de <i>distress</i> e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.
<b>Treino em relaxamento</b> (Redd et al., 2001)	Técnicas que ensinam o paciente a controlar o seu nível de relaxamento para manejo de dor e da ansiedade, principalmente em procedimentos invasivos.
<b>Treino em resolução de problemas</b> (Nezu & Nezu, 1999)	Refere-se ao planejamento de soluções eficazes para uma situação problema, como a realização de um procedimento invasivo. Compreende etapas como a definição do problema, levantamento de alternativas, tomada de decisão, aplicação da solução avaliada e verificação dos resultados.

A intervenção psicoeducativa “Preparando-se para a Braquiterapia” foi conduzida pela pesquisadora em dois formatos (individual e em grupo) devido aos eventos ocorridos durante a coleta de dados, conforme discutido anteriormente. Com o intuito de adequar o modelo da intervenção à rotina de assistência do Setor de Radioterapia, foi planejada a realização de uma única sessão de aproximadamente duas horas de duração para o formato em grupo e de uma hora e 30 minutos para o formato individual. Os atendimentos individuais tiveram uma duração superior à prevista, chegando a ultrapassar duas horas, pois outras demandas não relacionadas à doença e ao tratamento também foram acolhidas.

A execução da intervenção psicoeducativa ocorreu durante o período entre a consulta de admissão e a primeira aplicação de braquiterapia. Tal intervalo de tempo

variou de dois a 35 dias, conforme o número de vagas disponíveis para tratamento de braquiterapia no serviço.

O atendimento foi realizado na Sala de Psicologia ou em um consultório médico do CACON que dispunha de cama-maca, condição que facilitou a aplicação da técnica de relaxamento. A sequência das atividades desenvolvidas no atendimento psicológico em grupo e individual é apresentada nas Tabelas 5 e 6, respectivamente.

#### **4.8.2.1 Formato em grupo**

A execução da intervenção nesse formato previa a formação de grupo com no máximo seis pacientes. No entanto, nenhum grupo atingiu esse número de participantes, como já expresso. A sessão foi conduzida em uma data definida por telefone com as pacientes. Um médico e uma enfermeira foram definidos para a efetivação das de palestras. Porém, em decorrência da dificuldade em conciliar as disponibilidades desses profissionais e de todas as pacientes do grupo, juntamente com os horários em que a sala do procedimento de braquiterapia não estivesse em uso para a realização da visita, cada grupo teve a participação de uma enfermeira diferente. Buscou-se minimizar o efeito desse fator com a utilização de um roteiro de informações padronizadas, elaborado previamente com cada profissional.

Um dos grupos realizados foi tratado como piloto a fim de testar e uniformizar as atividades da intervenção, sanando possíveis dificuldades. Nesse grupo piloto, não foi realizada a atividade de visita à sala do procedimento devido à recusa das pacientes em conhecer as condições do contexto de tratamento. A Tabela 5 apresenta as atividades da intervenção desenvolvida.



Tabela 5.  
*Descrição da sequência de atividades desenvolvidas na intervenção em grupo*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Procedimento</b>
<b>Rapport inicial</b>	- Apresentar a proposta da intervenção.	- Apresentação das participantes, da psicóloga e dos membros da equipe; - Exposição dos objetivos da intervenção.
<b>Palestras ministradas pela equipe</b>	- Facilitar o manejo dos efeitos colaterais da braquiterapia; - Favorecer o desenvolvimento de expectativas acuradas.	- Repasse de informações sobre a doença, opções de tratamento e finalidade da braquiterapia (médico); - Orientações acerca da braquiterapia (enfermeira).
<b>Estabelecimento do contrato terapêutico</b>	- Permitir a integração entre as participantes; - Fortalecer o vínculo com a facilitadora.	- Técnica de apresentação; - Solicitação de informações sobre o local de residência, contexto familiar e histórico de adoecimento.
<b>Discussão e revisão das informações fornecidas</b>	- Identificar crenças disfuncionais, preocupações e medos que contribuem para o aumento no nível de ansiedade pré-tratamento.	- Verificação da compreensão das informações disponibilizadas por meio de perguntas exploratórias; - Expressão de crenças, preocupações e sentimentos quanto à braquiterapia.
<b>Visita à sala de procedimento</b>	- Aumentar a sensação de controle frente a possíveis eventos estressores durante o tratamento.	- Descrição das condições do contexto de tratamento com braquiterapia.
<b>Discussão de questões referentes à sexualidade</b>	- Identificar crenças disfuncionais em relação à vida sexual; - Trabalhar dificuldades relatadas a partir de estratégias de resolução de problemas; - Estimular a comunicação aberta com o parceiro.	- Discussão de eventuais dificuldades em retomar a relação sexual; - Reforço das informações relativas à atividade sexual durante e após a braquiterapia.
<b>Treino em relaxamento: respiração diafragmática e visualização guiada</b>	- Manejar os níveis de ansiedade manifestados antes e durante a braquiterapia; - Minimizar o desconforto físico e a percepção de dor; - Favorecer o manejo de estresse e a regulação emocional.	- Exposição dialogada sobre o objetivo e benefícios do relaxamento; - Ensino e exercício do relaxamento com aplicação de visualização guiada; - Instruções para a prática do relaxamento antes e durante os procedimentos de braquiterapia.

#### 4.8.2.2 Formato individual

A sessão foi conduzida logo após a consulta de admissão com o médico e a enfermeira. Entretanto, duas pacientes foram atendidas em um e dois dias subsequentes à consulta, antes da primeira aplicação de braquiterapia, pois não apresentavam disponibilidade para a intervenção na ocasião da admissão.

A diferença entre este formato de intervenção e o descrito anteriormente foi a substituição da palestra e a visita à sala de procedimento por outras atividades com os mesmos objetivos. Uma vez que os médicos e enfermeiras estão envolvidos com outras

funções no Setor de Radioterapia, eles não poderiam estar presentes em cada atendimento individual. Dessa forma, as informações referentes às palestras foram transmitidas na consulta de admissão e complementadas pela psicóloga na intervenção. Do mesmo modo, a descrição das condições do contexto de tratamento foi efetivada pela exibição de fotos, já que nos dias das consultas de admissão são realizados procedimentos na sala de braquiterapia, impossibilitando as visitas. A descrição das atividades e seus objetivos estão explicitados na Tabela 6.

Tabela 6.

*Descrição da sequência de atividades desenvolvidas na intervenção individual*

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Procedimento</b>
<b>Rapport inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer o vínculo terapêutico;</li> <li>- Discutir a proposta da intervenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento do papel da psicóloga no serviço;</li> <li>- Exposição dos objetivos da intervenção.</li> </ul>
<b>Levantamento de informações sobre a vida da paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento e escuta ativa de demandas das pacientes;</li> <li>- Fortalecimento de relação de confiança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigação do contexto familiar, suporte social disponível e o histórico de diagnóstico e tratamentos, por meio de perguntas exploratórias.</li> </ul>
<b>Complementação das informações oferecidas pela equipe na consulta de admissão / Exibição de fotografias do contexto de tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar crenças disfuncionais, preocupações e medos que contribuem para o aumento no nível de ansiedade pré-tratamento;</li> <li>- Favorecer o desenvolvimento de expectativas acuradas;</li> <li>- Aumentar a sensação de controle frente a possíveis eventos estressores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação da compreensão das informações oferecidas na consulta, por meio de perguntas exploratórias;</li> <li>- Expressão de crenças, preocupações e sentimentos em relação à braquiterapia;</li> <li>- Descrição das condições do contexto de tratamento com braquiterapia.</li> </ul>
<b>Discussão de questões referentes à sexualidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar crenças disfuncionais em relação à vida sexual;</li> <li>- Trabalhar dificuldades relatadas a partir de estratégias de resolução de problemas;</li> <li>- Estimular a comunicação aberta com o parceiro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão de eventuais dificuldades em retomar a relação sexual;</li> <li>- Reforço das informações relativas à atividade sexual durante e após a braquiterapia.</li> </ul>
<b>Treino em relaxamento: respiração diafragmática e visualização guiada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejar os níveis de ansiedade manifestados antes e durante a braquiterapia;</li> <li>- Minimizar o desconforto físico e a percepção de dor;</li> <li>- Favorecer o manejo de estresse e a regulação emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposição dialogada sobre o objetivo e benefícios do relaxamento;</li> <li>- Ensino e exercício do relaxamento com aplicação de visualização guiada;</li> <li>- Instruções para a prática do relaxamento antes e durante os procedimentos de braquiterapia.</li> </ul>

### **4.8.3 Etapa III: Pós-intervenção**

A terceira etapa do estudo foi realizada no dia da primeira aplicação de braquiterapia, preferencialmente antes do procedimento. O objetivo dessa etapa foi averiguar os efeitos imediatos da intervenção psicoeducativa nas respostas de *distress* e em determinadas dimensões da QV. As pacientes eram solicitadas a responder novamente às escalas HAD e FACT-Cx, nessa ordem.

A aplicação das escalas seguiu o mesmo procedimento utilizado na Etapa 1 e foi conduzida pela pesquisadora ou pelas auxiliares de pesquisa. Era oferecida a informação adicional de que a replicação das escalas visava a identificação de possíveis mudanças no estado emocional. No caso em que as escalas eram aplicadas após o procedimento, aguardava-se a recuperação da paciente em relação à sedação, o que correspondia a aproximadamente 15 a 30 minutos.

### **4.8.4 Etapa IV: *Follow up***

A quarta etapa da pesquisa foi realizada no dia da última aplicação de braquiterapia, preferencialmente antes do procedimento. Buscou-se, nessa etapa, verificar o efeito da intervenção psicoeducativa proposta. A avaliação ocorreu aproximadamente um mês após sua execução.

As pacientes responderam as escalas utilizadas nas etapas anteriores (HAD e FACT-Cx, consecutivamente), segundo os procedimentos de aplicação já citados. Empregou-se o Instrumento de Avaliação da Intervenção para as mulheres que participaram da intervenção psicoeducativa individual e em grupo. As participantes do estudo que não receberam esse atendimento de preparação psicológica responderam ao Instrumento sobre a Experiência na Braquiterapia. Com o objetivo de controlar possíveis vieses nas respostas das mulheres, as entrevistas de avaliação do atendimento foram realizadas apenas pelas auxiliares de pesquisa. A Tabela 7 apresenta a síntese de cada etapa da pesquisa.

Tabela 7.  
Síntese de cada etapa da pesquisa

<b>Etapas</b>	<b>GC</b>	<b>GEIG</b>	<b>GEII</b>
<b>I</b>	Consulta de admissão: - Contato inicial - Convite para pesquisa - Assinatura do TCLE - Realização da entrevista - Aplicação HAD e FACT-Cx - Coleta dos dados sociodemográficos e médico-clínicos	Consulta de admissão: - Contato inicial - Convite para pesquisa - Assinatura do TCLE - Realização da entrevista - Aplicação HAD e FACT-Cx - Coleta dos dados sociodemográficos e médico-clínicos	Consulta de admissão: - Contato inicial - Convite para pesquisa - Assinatura do TCLE - Realização da entrevista - Aplicação HAD e FACT-Cx - Coleta dos dados sociodemográficos e médico-clínicos
<b>II</b>	Sem intervenção	Intervenção psicoeducativa em grupo	Intervenção psicoeducativa individual
<b>III</b>	1ª sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx	1ª sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx	1ª sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx
<b>IV</b>	Última sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx - Aplicação do Instrumento de Experiência na Braquiterapia	Última sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx - Aplicação do Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa em Grupo	Última sessão de BATD: - Aplicação HAD - Aplicação FACT-Cx - Aplicação do Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa Individual

#### 4.9 Análise dos dados

Os resultados quantitativos foram compilados e analisados a partir de bancos de dados organizados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), na versão 20.0. Foram efetuadas análises descritivas (frequências, média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo) dos dados sociodemográficos e médico-clínicos, como também dos relatos das pacientes do GC acerca da satisfação com o serviço e ainda das questões objetivas dos instrumentos de avaliação da intervenção.

Para comparar as médias dos escores de *distress* e de QV entre os grupos do estudo nas três etapas de avaliação (pré, pós e *follow up*), foi empregado o teste estatístico ANOVA mista, utilizado em delineamentos mistos com mais de uma variável independente (Field, 2009) que, no caso do presente estudo, refere-se às condições dos três grupos quanto ao recebimento da intervenção. A distribuição dos dados foi avaliada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov. Alguns desvios da normalidade foram identificados, porém foram tolerados para que o mesmo tipo de análise fosse empregado para todas as variáveis dependentes. Todavia, não foram verificados problemas no que diz respeito à homogeneidade das variâncias entre grupos.

Considerando que o tempo entre a participação na intervenção e o começo do tratamento variou de dois a 35 dias, estabeleceu-se a suposição de que aquelas pacientes que eram submetidas à BATD poucos dias após a intervenção psicoeducativa apresentavam pequenas diferenças nos escores de *distress* e QV. Para tanto, utilizou-se a correlação de Spearman com o objetivo de verificar a relação do espaço de tempo entre a intervenção e o início da braquiterapia com os escores de *distress* da segunda etapa, e conseqüentemente, o efeito dessa variável interveniente na intervenção.

Os dados qualitativos obtidos pelos roteiros de entrevista foram digitados em arquivos do programa *Microsoft Excel for Windows*, na versão 2010. Após a leitura desse material, a sistematização e operacionalização das declarações das participantes seguiu a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2010). O levantamento dos conteúdos convergentes e mais frequentes possibilitou a identificação de unidades temáticas que foram agrupadas em categorias.

## CAPÍTULO 5

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados da pesquisa são descritos e discutidos. A organização do material foi estruturada em seis seções: 1) caracterização da amostra por grupo; 2) informações sobre o conhecimento das mulheres no momento de ingresso no serviço; 3) avaliação do *distress* nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*; 4) avaliação da QV nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*; 5) avaliação da intervenção psicoeducativa pelas participantes dos grupos experimentais; 6) vivência em BATD na perspectiva das mulheres do grupo controle; e 7) similaridades e diferenças entre o grupo controle e os grupos experimentais. Verbalizações que refletem o conteúdo discutido são apresentadas. A autoria das falas é identificada pelo número associado à ordem de realização das entrevistas, por grupo.

#### 5.1 Caracterização da amostra por grupo

A amostra foi constituída por 36 pacientes com diagnóstico de CCU admitidas no serviço de radioterapia do CACON para realização de braquiterapia. Conforme os critérios expostos no Método, elas foram distribuídas em três grupos: Grupo Controle ( $n = 16$ ; 44,4%), Grupo Experimental de Intervenção em Grupo ( $n = 6$ ; 16,6%) e Grupo Experimental de Intervenção Individual ( $n = 14$ ; 39%). Na exposição dos resultados, os dados serão analisados em relação à amostra como um todo e/ou aos diferentes grupos.

A Tabela 8 exibe os dados sociodemográficos. A idade das participantes variou de 23 a 66 anos ( $M = 43,5$ ;  $DP = 9,05$ ), faixa etária representada por pessoas com vida sexual ativa que apresentam maior risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero (INCA, 2012). Mais da metade era casada ou vivia em união consensual ( $n = 24$ ; 66,7%). Constatou-se que todas eram mães, sendo que o número de filhos variou de um a oito ( $M = 3,14$ ;  $DP = 1,74$ ). Em relação à escolaridade, o maior percentual foi de pessoas que não concluíram o ensino fundamental ( $n = 14$ ; 38,9), fator que contribui para o acesso restrito a informações sobre prevenção de doenças. No GC, verifica-se que a maioria possuía o ensino médio.

A renda de grande parte foi igual ou inferior a dois salários mínimos ( $n = 33$ ; 91,7%). Essa tendência foi observada nos três grupos, configurando uma condição socioeconômica desfavorecida que limita o acesso a serviços de prevenção e de saúde (Bădulescu et al., 2011; Mantese, 2008; Santos et al., 2008).

No que se refere à situação empregatícia, há um número maior de pacientes empregadas com direitos trabalhistas ( $n = 10$ ; 27,8%), seguidas por um quarto delas ( $n = 9$ ) que trabalhavam no próprio lar ou encontravam-se desempregadas. Cabe enfatizar que tanto no grupo das desempregadas quanto das profissionais autônomas predominava a presença de empregadas domésticas, caracterizando uma não qualificação dessas mulheres para o mercado de trabalho, evidência do baixo nível de escolarização. A maioria do GC é dona de casa, refletindo a posição socialmente construída em relação ao papel da mulher.

Tabela 8.

*Dados sociodemográficos da amostra e das pacientes de cada grupo do estudo*

Variável	Amostra	GC	GEIG	GEII
	36 (100%)	16 (44,4%)	6 (16,6%)	14 (39%)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Situação Conjugal</b>				
Casada/União consensual	24 (66,7)	12 (75)	4 (66,6)	8 (57,1)
Divorciada/Separada	7 (19,4)	2 (12,5)	1 (16,7)	4 (28,6)
Solteira	4 (11,1)	1 (6,3)	1 (16,7)	2 (14,3)
Viúva	1 (2,8)	1 (6,3)	-----	-----
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto	14 (38,9)	4 (25)	3 (50)	7 (50)
Médio completo	11 (30,6)	5 (31,3)	3 (50)	3 (21,4)
Fundamental completo	4 (11,1)	3 (18,8)	-----	1 (7,1)
Médio incompleto	3 (8,3)	2 (12,5)	-----	1 (7,1)
Não alfabetizada	2 (5,6)	1 (6,3)	-----	1 (7,1)
Superior	2 (5,6)	1 (6,3)	-----	1 (7,1)
<b>Renda Mensal</b>				
Até 2 salários mínimos	33 (91,7)	14 (87,5)	6 (100)	13 (92,9)
De 2 a 4 salários mínimos	1 (2,8)	1 (6,3)	-----	-----
De 4 a 6 salários mínimos	1 (2,8)	-----	-----	1 (7,1)
De 6 a 10 salários mínimos	1 (2,8)	1 (6,3)	-----	-----
<b>Situação Empregatícia</b>				
Emprego com direitos trabalhistas	10 (27,8)	3 (18,8)	4 (66,7)	3 (21,4)
Do lar	9 (25)	9 (56,3)	-----	-----
Desempregada	9 (25)	3 (18,8)	2 (33,3)	4 (28,6)
Atividade autônoma regular	7 (19,4)	1 (6,3)	-----	6 (42,9)
Aposentada	1 (2,8)	-----	-----	1 (7,1)
<b>Idade (<i>M</i> ± <i>DP</i>)</b>	43,5 ± 9,05	42,4 ± 9	43,8 ± 8	44,6 ± 10

Os dados médico-clínicos constam na Tabela 9. O tempo de conhecimento do diagnóstico de câncer de colo uterino variou de um a 15 meses ( $M = 5,47$ ;  $DP = 2,57$ ). Quanto ao estadiamento clínico, houve a preponderância de pacientes com doença avançada ( $n = 22$ ; 61,1%), caracterizada por tumores nos estádios IIb a IIIb. A doença no estágio inicial foi representada em 36,1% da amostra com tumores nos estádios Ib e IIa.

Observou-se, ainda, a participação majoritária de mulheres que, antes da braquiterapia, haviam realizado um esquema de tratamento abrangendo quimioterapia e radioterapia externa ( $n = 26$ ; 72,2%). O segundo maior percentual (13,9%) foi de pacientes submetidas às três modalidades terapêuticas para câncer cervical. A média do número de ciclos de quimioterapia e de aplicações de radioterapia realizados foram, respectivamente, 4,14 e 26,08. No tocante à braquiterapia, a maioria das participantes ( $n = 25$ ; 69,4%) utilizou o aplicador anel com sonda intrauterina para o recebimento da dose de radiação e realizou quatro aplicações semanais.

Tabela 9.

*Dados médico-clínicos da amostra e das pacientes de cada grupo do estudo*

Variável	Amostra	GC	GEIG	GEII
	36 (100%)	16 (44,4%)	6 (16,6%)	14 (39%)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
<b>Tempo de diagnóstico em meses (<i>M</i> ± <i>DP</i>)</b>	5,47 ± 2,57	5,56 ± 3,36	5,33 ± 2,66	5,43 ± 1,40
<b>Estadiamento do tumor</b>				
Não constava no prontuário	1 (2,8)	-----	-----	1 (7,1)
Ib	5 (13,9)	3 (18,8)	2 (33,3)	-----
IIa	8 (22,2)	4 (25)	-----	4 (28,6)
IIb	8 (22,2)	4 (25)	2 (33,3)	2 (14,3)
IIIa	3 (8,3)	1 (6,3)	-----	2 (14,3)
IIIb	11 (30,6)	4 (25)	2 (33,3)	5 (35,7)
<b>Tratamentos realizados</b>				
Quimioterapia/ radioterapia externa	26 (72,2)	12 (75)	4 (66,7)	10 (71,4)
Cirurgia/quimioterapia/radioterapia externa	5 (13,9)	2 (12,5)	-----	3 (21,4)
Cirurgia/ radioterapia externa	4 (11,1)	1 (6,3)	2 (33,3)	1 (7,1)
Apenas radioterapia externa	1 (2,8)	1 (6,3)	-----	-----
<b>Aplicadores na braquiterapia</b>				
Anel com sonda intrauterina	25 (69,4)	11 (68,8)	4 (66,7)	1 (71,4)
Apenas cilindro	8 (22,2)	3 (18,8)	2 (33,3)	3 (21,4)
Apenas anel	2 (5,6)	1 (6,3)	-----	1 (7,1)
Cilindro com sonda intrauterina	1 (2,8)	1 (6,3)	-----	-----
<b>Número de aplicações</b>				
Quatro	30 (83,3)	12 (75)	6 (100)	12 (85,7)
Três	6 (16,7)	4 (25)	-----	2 (14,3)

Os dados da Tabela 9 evidenciam a gravidade dos quadros revelada pelo estadiamento clínico dos tumores (Brasil, 2001; Mantese, 2008). Contudo, as pacientes têm recebido os esquemas de tratamento preconizados (Brasil, 2001; Mantese, 2008; Novaes, 2011; Ribalta et al., 2005), o que pode favorecer para o controle efetivo da doença.



## 5.2 Momento de ingresso no serviço

A partir do Roteiro de Entrevista Semiestruturada (Anexo F), constatou-se que dez pessoas alegaram possuir nenhum conhecimento a respeito do tratamento a que seriam submetidas. Dentre essas, três eram do GC, três do GEIG e quatro do GEII. As declarações, abaixo, sinalizam a necessidade de informações no momento em que são encaminhadas para o serviço.

*“Não sei nada. Até então eu não sabia que existia braquiterapia” (P3 – GC).*

*“Esse... Eu não sei nada. Nem sei por onde começa. O médico só falou para eu vir para o HUB terminar o tratamento. Não explicou detalhes” (P6 – GC).*

As categorias indicadas na Tabela 10 apontam os conhecimentos preliminares sobre o tratamento de braquiterapia identificados pelas mulheres ao ingressarem no CACON, com a porcentagem de verbalizações em cada grupo.

Tabela 10.

*Conhecimentos preliminares sobre braquiterapia das pacientes dos três grupos antes da intervenção*

Conhecimentos preliminares	Frequência de verbalizações			Total
	GC (n = 16)	GEIG (n = 6)	GEII (n = 14)	
Relaciona o tratamento à possibilidade de efeitos colaterais, sensação de dor e desconforto	4 (25%)	1 (16,6%)	8 (57,14%)	13
Local de aplicação da radiação	8 (50%)	1 (16,6%)	3 (21,43%)	12
Tipo de tratamento	3 (18,75%)	0	1 (7,14%)	4
Possibilidade de sedação/ anestesia	2 (12,5%)	0	2 (14,28%)	4
Duração do tratamento	0	0	1 (7,14%)	1
Finalidade do tratamento	0	0	1 (7,14%)	1

As verbalizações referentes ao tipo e finalidade do tratamento, citadas na Tabela 10, incluem a caracterização da braquiterapia como a aplicação de radiação no tumor com a finalidade de complementar o tratamento oncológico. Essas informações, analisadas como adequadas, estão entre as menos frequentes. Nota-se pela categoria com maior número de verbalizações que, independente do grupo, existe a associação do tratamento com efeitos colaterais, dor e desconforto. Tal fato demonstra a relevância da provisão de esclarecimentos de forma a minimizar a ansiedade antecipatória ao procedimento. O acesso

limitado de pacientes com câncer ginecológico às informações relativas às modalidades terapêuticas já foi ressaltado por Auchincloss e McCartney (1998).

Embora exista um repasse formal incipiente dessas informações, as pacientes relataram que têm acesso a elas por outras mulheres que já fizeram a BATD ou pela internet:

*“Nada. Perguntei pra minha colega e ela disse que é um tratamento dolorido que incomoda muito e que fica mais ou menos uma hora lá dentro na sala [do procedimento]. Que varia de pessoa para pessoa” (P7 – GEII).*

*“No momento, eu tenho informações de outros pacientes. É tipo uma caneta de metal que é injetada dentro da vagina e solta radiação” (P5 – GC).*

*“Eu procurei algo na internet. É um tratamento interno, tipo uma prevenção. Eles vão fazer o mapeamento do meu útero pelo que eu vi na internet” (P3 – GEIG).*

O uso da internet como recurso para esclarecimento de dúvidas tem sido cada vez mais recorrente, mas Rodrigues (2011) alerta que a qualidade da informação, as características pessoais e o contexto social e cultural dos usuários influenciam na assimilação do conteúdo e por isso não podem substituir formas tradicionais de orientação relativas à comunicação profissional de saúde-paciente, mas complementá-las.

Quanto aos aspectos da braquiterapia que desejavam conhecer, as mulheres referiram dúvidas que compreendiam a possibilidade de efeitos colaterais, dor e desconforto ( $n = 36$ ; 100%), a rotina do tratamento ( $n = 26$ ; 72,22%) e sua finalidade ( $n = 3$ ; 8,33%). No que diz respeito à rotina, as participantes mencionaram interesse em saber como o procedimento é operacionalizado ( $n = 21$ ; 58,33%), os cuidados que deveriam ser tomados ( $n = 3$ ; 8,33%) e as condutas adotadas pela equipe após o término ( $n = 1$ ; 2,78%):

*“Não sei... Eu gostaria de saber se vai realizar algum tipo de cura. Eu gostaria que os médicos falassem um pouco desse assunto, esclarecesse. Que o médico me dissesse como é que tá e se vai ser resolvido o problema com esse tratamento. Vai doer?” (P11 – GC).*

*“Se é queimando que faz, se dói, se vai sangrar. Estou com medo porque nunca fiz. Sei lá como é... Se quando eu começar a fazer, depois de cada sessão, eu vou sentir dor... Porque na radioterapia [externa] eu senti” (P6 – GEII).*

As participantes solicitaram ainda informações acerca da viabilidade da cura ( $n = 6$ ; 16,67%), do estado clínico atual ( $n = 2$ ; 5,56%) e da etiologia do câncer ginecológico ( $n = 1$ ; 2,78%), além de explicações sobre o critério que define a indicação de cirurgia. Vale

destacar que essa última modalidade terapêutica é percebida por algumas pacientes como aquela que garante maior probabilidade de cura, o que corrobora dados de uma pesquisa realizada por Clapis e Mamede (1996) entre mulheres em braquiterapia com câncer ginecológico. Tal conteúdo é exemplificado na verbalização abaixo:

*“Eu queria saber por que não tirei meu útero. Não tem a ver com o tratamento, mas eu queria saber por que umas mulheres tiram. Todas que eu conheço fizeram a cirurgia e eu não. Por que tenho que fazer esse tratamento, além do outro [radioterapia externa]? O que vai diferenciar do outro?” (P2 – GEII).*

A falta de informação é tão crítica que chega a ser generalizada para outras áreas da vida da pessoa e ameaça relacionamentos interpessoais importantes, como denunciado no questionamento feito por P3:

*“Se eu posso ter contatos com criança, como eu vou ficar, se eu vou sentir muita dor, como que é, se eles vão dar uma anestesia ou não” (P3 – GEIG).*

Clapis e Mamede (1996) já verificaram em pacientes de BBTD queixas relacionadas à existência de orientações parciais e fragmentadas a respeito desse procedimento. As mulheres apontavam a importância do conhecimento prévio das condições do tratamento. Nesse sentido, é possível observar que os conteúdos abordados na intervenção psicoeducativa são congruentes com as demandas apresentadas pelas mulheres no momento de ingresso no serviço. Tal necessidade já havia sido identificada no levantamento das necessidades das pacientes do serviço, realizado em pesquisa anterior citada na Introdução.

Apesar de a cura ser a principal expectativa em relação à braquiterapia ( $n = 32$ ), ela não é a única. A esperança de que esse método constituísse a última etapa do tratamento ( $n = 6$ ), expectativas relacionadas à melhora do estado clínico ( $n = 1$ ), a não ocorrência de efeitos colaterais intensos ( $n = 1$ ) e a possibilidade de experienciar um procedimento tranquilo ( $n = 1$ ) também foram mencionadas:

*“Eu espero ficar livre logo, terminar o tratamento e continuar os meus projetos, minha vida” (P14 - GC).*

*“Que ocorra tudo bem” (P9 – GEII).*

*“Eu espero que ela consiga reduzir, regredir o tumor. Espero que eu não tenha efeitos colaterais tão fortes” (P14 – GEII).*

Ainda que a cura não possa ser garantida, é imprescindível que os profissionais assumam a responsabilidade de compartilhar com as pacientes informações sobre seu diagnóstico e prognóstico. Cristo e Araujo (2011) discutem a comunicação como um dos principais mediadores do cuidado em oncologia.

As expectativas em relação à equipe responsável pela braquiterapia envolveram de maneira preponderante a manifestação de comportamentos empáticos ( $n = 32$ ; 88,89%), abrangendo atitudes de atenção, respeito e paciência:

*“Respeito. Tendo respeito pelo ser humano já é um grande começo. Haver cooperação e esclarecimento entre as partes. Tratar a gente como ser humano, porque às vezes a gente se sente um nada”* (P11 – GC).

*“O que eu espero assim é muita dedicação, te tratar com carinho. Porque a gente fica muito abalada com esse tratamento”* (P5 – GEIG).

*“Atenção, né?! Porque a gente está passando por esses problemas... Principalmente eu que não estou tendo apoio da família. Só é eu e Deus mesmo. Então, o que a gente espera é amor e atenção”* (P13 – GEII).

A ênfase nos aspectos da relação profissional de saúde-paciente demonstra a importância do investimento na formação dos estudantes das diferentes categorias da área para atendimento das necessidades interacionais dos pacientes (Assunção, 2013; Dias, 2011). Dessa forma, os aspectos interpessoais da assistência devem compor os programas dos cursos uma vez que competências técnicas podem não ser suficientes para atender essa demanda (Assunção, 2013).

Observou-se que o desafio da formação está no equilíbrio entre as habilidades e técnicas e relacionais. Outras expectativas apontadas abrangeram a existência de profissionais qualificados para a execução do trabalho ( $n = 15$ ; 41,67%) e o fornecimento de informações sobre o estado de saúde e a braquiterapia ( $n = 8$ ; 22,22%) indicando a relevância da interação profissional de saúde-paciente, mas também a competência técnica necessária para a realização do tratamento.

Verifica-se, a partir das verbalizações, que as diferentes propostas terapêuticas para o câncer de colo uterino configuram-se como sobrecarga, do ponto de vista emocional, e geram um efeito cumulativo que podem comprometer as diferentes esferas da vida da pessoa. As respostas traduzem, ainda, o cansaço vivenciado frente à rotina de tratamento e a seus efeitos adversos, evidenciando uma esperança generalizada na cura, que é comum quando não se tem controle sobre uma determinada situação.

As participantes do estudo relataram preocupações com a braquiterapia, destacando receios com eventuais dificuldades na realização do procedimento e com a rotina de tratamento ( $n = 23$ ). Outras preocupações concernentes à doença também foram referidas ( $n = 15$ ), como a possibilidade de cura, a recidiva do tumor e a iminência da morte. As mulheres, ainda, citaram preocupações com o bem estar de familiares diante do processo de adoecimento ( $n = 2$ ). As seguintes declarações ilustram esses dados:

*“Que comece esse tratamento. Estou com medo. Não dormi direito, acordei de madrugada. Será que vai doer, sangrar?” (P7 – GC).*

*“Se vai resolver o meu problema. Se eu vou voltar no médico e ele disser: o câncer voltou” (P5 – GEIG).*

*“Chegar a hora de fazer o tratamento, porque não sei ainda como é o tratamento, então eu fico com mais ansiedade, também tenho medo de doer” (P1 – GEII).*

*“O que mais me preocupa são os meus filhos, porque se eu faltar para eles eu não sei como vai ser” (P2 – GEII).*

Os resultados apresentados nesta seção confirmam a relevância do desenvolvimento de intervenções que objetivam preparar a paciente para o tratamento de braquiterapia, aumentando o conhecimento das pacientes acerca do tratamento e oferecendo suporte emocional. Importante destacar que todos os membros da equipe podem favorecer o ajustamento emocional da paciente ao longo da braquiterapia e minimizar essas preocupações.

### **5.3 Avaliação do *distress* nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up***

Com o objetivo de verificar os níveis de *distress* das pacientes no período anterior ao início do tratamento de BATD e à execução da intervenção psicoeducativa, os escores obtidos com a HAD foram analisados conforme a proposta de Jacobsen et al. (2005). Segundo esses autores, uma pontuação total superior ou igual a 15 é indicativa de *distress* clinicamente significativo. Com base nessa recomendação, nota-se na Tabela 11 que somente as mulheres do GEII e do GEIG manifestaram, no primeiro momento de avaliação, níveis de *distress* que sugeriram a relevância do recebimento de intervenções voltadas para o seu manejo. A NCCN (2008) estabelece que essa variável seja identificada para que intervenções sejam implementadas para o seu manejo, o que define a relevância

da triagem sistemática nos serviços para o fornecimento da assistência necessária. No CACON, essa prática acontece desde 2009.

Para avaliar o efeito da intervenção psicoeducativa nas respostas de *distress* ao término de sua execução (pós-intervenção) e aproximadamente um mês após (*follow up*), os escores obtidos com a HAD foram comparados entre o GC, o GEIG e o GEII por meio do emprego da ANOVA mista, adotando um nível de significância menor que 0,05.

A análise dos dados revelou uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de *distress* ao longo das três etapas de avaliação apenas entre as mulheres do GC ( $p = 0,002$ ) e do GEII ( $p = 0,002$ ), como mostra a Tabela 11. A ausência de significância estatística referente à redução do *distress* no GEIG pode estar associada ao número pequeno de participantes ( $n = 6$ ). Ao se comparar os escores de *distress* entre os grupos nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up*, constata-se que essa variável não diferiu de modo estatisticamente significativo entre os grupos, o que evidencia que a intervenção realizada não produziu uma redução significativa no *distress* identificado nas pacientes.

Tabela 11.

*Média dos escores de distress de cada grupo nos três momentos de avaliação*

Grupos	Média (DP)			<i>p</i>	Tamanho do efeito <i>Eta</i> <sup>2</sup>
	Pré	Pós	<i>Follow up</i>		
<b>GC</b>	14,7 (8,44)	10 (6,49)	9,1 (6,49)	0,002	0,33
<b>GEIG</b>	18 (6,1)	14 (3,35)	15 (4,15)	0,20	0,29
<b>GEII</b>	15,2 (6,82)	8,1 (5,23)	11,4 (5,73)	0,002	0,39

Os valores do tamanho do efeito ( $Eta^2$ ) apresentados na tabela acima indicam se a mudança do *distress* durante as avaliações é distinta entre os grupos. Pode-se concluir, a partir dos dados, que o decréscimo do *distress* é um pouco mais acentuado no grupo formado pelas pacientes que participaram da intervenção psicoeducativa no formato individual. O efeito não percebido no GEIG pode decorrer de características individuais e de eventos externos que comprometeram a participação no grupo, como a escolaridade, a timidez apontada por uma delas na ocasião da avaliação da atividade, e separação conjugal de outra, além do já citado tamanho da amostra.

Os resultados demonstraram, ainda, que os escores de *distress* detectados na pré-intervenção foram mais elevados em relação às outras duas etapas, o que está em

consonância com os resultados encontrados por Andersen et al. (1984) e Kewkkeboom et al. (2009). A redução do *distress* verificada ao longo do tratamento de braquiterapia pode resultar da familiaridade e do conhecimento que a paciente vai adquirindo sobre o procedimento (Kewkkeboom et al., 2009).

A partir da Figura 3, verifica-se que houve uma diminuição do *distress* nos três grupos entre as etapas pré e pós-intervenção e que o GEIG exibiu os maiores escores ao longo da pesquisa, incitando uma consideração a respeito do formato de intervenção em grupo, idealmente pensado como alternativa a um maior alcance do número de pacientes, e sua real aplicação frente ao perfil da clientela atendida no serviço público de saúde.

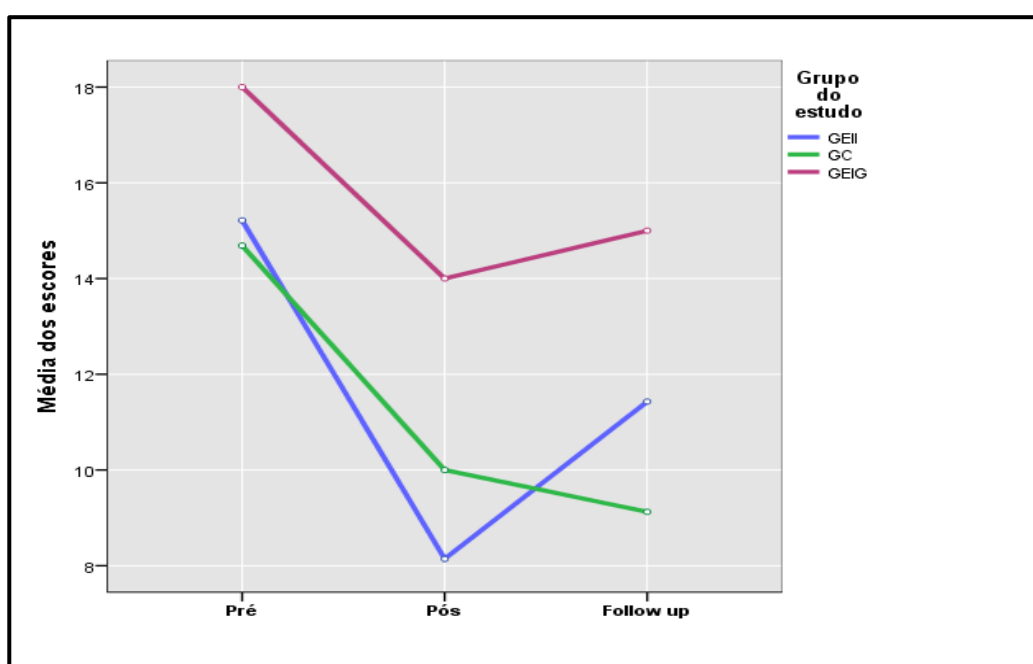


Figura 3. Comparação dos níveis de *distress* entre os grupos nas três etapas de avaliação.

A análise dos níveis de *distress* dos três grupos permite afirmar que a intervenção individual possibilitou maior efeito na etapa pré-intervenção. Entre os grupos submetidos à intervenção, houve um aumento dessa variável no *follow up*. Por outro lado, observa-se que no GC os escores diminuíram, indicando que o modelo de assistência adotado pelo CACON contribui para minimização do *distress*. O incremento encontrado nos grupos experimentais pode estar associado a uma eventual expectativa estabelecida ou à variação do estado emocional de uma das participantes, elevando o escore do grupo.

A despeito desse ponto, cabe enfatizar que, comparando-se com os dados da pré-intervenção, os resultados do GEII e do GEIG no terceiro momento foram menores, o que

indica que a intervenção psicoeducativa pode ter favorecido a redução dos níveis de *distress* das pacientes, ainda que essa diminuição tenha ocorrido também no GC.

Um dos fatores que interferiram no efeito da intervenção psicoeducativa sobre os níveis de *distress* foi o espaço de tempo entre sua execução e o início do tratamento, que variou entre dois e 35 dias neste estudo. Com isso, as pacientes que começaram o tratamento imediatamente após a intervenção podem não ter experimentado uma minimização significativa do *distress*.

Por meio do teste de correlação de Spearman, pretendeu-se analisar a relação entre essas variáveis. Foi encontrado no GEII um valor limítrofe ( $p = 0,07$ ;  $r = 0,49$ ) para a correlação entre a mudança no *distress* e o tempo em que a paciente aguarda o início do tratamento após a intervenção. Provavelmente, se o número de participantes fosse ampliado, obter-se-ia uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, revelando uma menor mudança de *distress* entre as pacientes que logo iniciam o tratamento. Tal resultado não é surpreendente, uma vez que o período de espera teve uma grande variação, impossibilitando uma análise mais acurada dos efeitos da intervenção em relação a esse aspecto.

#### **5.4 Avaliação da QV nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up***

Para avaliar o efeito da intervenção psicoeducativa nos domínios da QV e comparar os escores entre os grupos, foi empregada a ANOVA mista (Tabela 12). Os resultados em cada domínio são expostos separadamente devido à estruturação da escala FACT-Cx e ao fato de que a QV representa um conceito multifatorial.



Tabela 12.

*Comparações intra e inter grupos das médias dos escores nos domínios da FACT-Cx*

Variável	Intragrupo				Intergrupo		
	GC M (DP)	<i>p</i>	GEIG M (DP)	<i>p</i>	GEII M (DP)	<i>p</i>	<i>p</i>
<b>QV global</b>							
Pré	110,8 (22,39)		93,7 (27,39)		108,9 (20,07)		
Pós	121,7 (27,24)		108,7 (26,08)		122,8 (16,56)		0,36
<i>Follow up</i>	123 (22,52)	<b>0,01</b>	116,3 (12,50)	0,16	116,3 (17,93)	<b>0,01</b>	
<b>Bem estar físico</b>							
Pré	16,07 (6,00)		14,4 (4,33)		19,1 (6,01)		
Pós	21,5 (6,87)		20 (5,38)		23,2 (3,83)		0,40
<i>Follow up</i>	22,2 (5,93)	<b>0,00</b>	21,2 (3,35)	0,11	21,5 (3,76)	<b>0,04</b>	
<b>Bem estar social/ familiar</b>							
Pré	21 (1,39)		13,5 (2,7)		17,8 (1,44)		
Pós	21,2 (1,41)		17 (2,74)		18,7 (1,47)		0,38
<i>Follow up</i>	20,4 (1,51)	0,49	16,5 (2,93)	0,16	18,9 (1,57)	0,64	
<b>Bem estar emocional</b>							
Pré	18,4 (4,24)		16 (3,16)		17,5 (3,46)		
Pós	18,6 (5,02)		16,5 (5,69)		19,7 (2,64)		0,15
<i>Follow up</i>	20,4 (3,16)	0,10	17,5 (3,11)	0,61	17,7 (4,54)	0,12	
<b>Bem estar funcional</b>							
Pré	17,8 (5,67)		13,4 (6,35)		15,8 (5,52)		
Pós	18,9 (4,60)		17,6 (4,16)		19,7 (5,10)		<b>0,087</b>
<i>Follow up</i>	17 (4,66)	0,47	17,4 (4,03)	<b>0,02</b>	17 (4,66)	<b>0,03</b>	
<b>QV relacionada à sintomatologia do CCU “Preocupações adicionais”</b>							
Pré	40,9 (9,53)		36,8 (5,80)		38,5 (7,32)		
Pós	44,7 (10,53)		39,2 (2,28)		41,4 (7,11)		<b>0,083</b>
<i>Follow up</i>	42,8 (7,76)	0,14	44 (3,60)	<b>0,04</b>	41,1 (7,60)	<b>0,05</b>	

Nota. Valores de  $p \leq 0,05$  e valores marginais estão em negrito.

Analisando-se os valores da QV global obtidos pela FACT-Cx, verificou-se que, na amostra, os escores variaram de 93,7 a 123, indicando que os níveis de QV eram superiores à média da escala (84 pontos). As participantes deste estudo, portanto, não apresentavam um comprometimento da QV antes ou depois da intervenção.

Ainda, no que diz respeito à QV global, a análise comparativa das médias demonstrou a ausência de diferenças estatisticamente significativas no incremento da QV global entre os três grupos, como mostra a Tabela 12. Essa variável aumentou, assim, de modo semelhante entre eles, indicando que a intervenção psicoeducativa não gerou mudanças na percepção de QV global, ao se considerar os dados do GC. Todavia, observa-se uma melhoria significativa da QV em termos estatísticos ( $p = 0,01$ ) no GC e no GEII ( $p = 0,01$ ) ao longo das avaliações. Destaca-se também a evolução acentuada da QV global das mulheres do GEIG, ainda que não significativa. Os dados obtidos evidenciaram poucas alterações dessa variável ao longo do tempo, mesmo resultado encontrado por Fielner (1997).

Quanto ao domínio bem estar físico, a análise comparativa entre as médias indicou um aumento estatisticamente significativo no GC e no GEII, no transcorrer das avaliações (Tabela 12). Entretanto, comparando-se entre os grupos as médias dos escores, averiguou-se que o incremento ocorreu de maneira semelhante, sinalizando que a intervenção psicoeducativa não produziu mudança na percepção de bem estar referente à condição física ( $p = 0,40$ ).

As pacientes quando iniciam o tratamento de braquiterapia já foram submetidas a esquemas terapêuticos, que geram intensos efeitos colaterais, afetando essa dimensão da QV. Diferentes autores abordaram as implicações físicas e psicológicas das reações adversas e cumulativas do tratamento de câncer ginecológico, destacando as alterações fisiológicas e os prejuízos no funcionamento sexual (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Auchincloss & McCartney, 1998; Hersch et al., 2009).

Os resultados revelaram também que, entre os momentos pré e pós-intervenção, houve uma melhoria do bem estar físico nos três grupos da pesquisa. Porém, esse padrão é mantido na etapa de *follow up* apenas nos GC e GEIG. Os escores das pacientes do GEII reduzem, apesar de permanecem superiores aos do primeiro momento. Acredita-se que esse incremento da QV pode estar relacionado à ampliação do tempo transcorrido após o término dos tratamentos com quimioterapia e radioterapia externa.

Do mesmo modo que no domínio anterior, a análise não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os escores de bem estar social/familiar ao longo das três etapas de avaliação tanto no nível intragrupo quanto no intergrupo, evidenciando que a intervenção psicoeducativa não alterou a percepção das mulheres em relação ao bem estar social/familiar.

Observa-se que os escores das pacientes do GC, nesse domínio da QV, foram os mais elevados desde a primeira avaliação. No entanto, nesse grupo e no GEIG, houve um decréscimo dos escores entre os momentos pós-intervenção e *follow up*. Já entre as pacientes que compuseram o GEII, um incremento gradual da percepção de bem estar social/familiar é constatado.

Esse dado pode decorrer do fato de que essa demanda não tenha se configurado como foco da intervenção, conforme pode ser observado nas tabelas de descrição dos formatos de intervenção (Tabelas 5 e 6). A maioria das pacientes era casada e possuía filhos, sugerindo a disponibilidade de uma rede de apoio. A melhoria do bem estar social/familiar, identificada no GEIG, pode estar associada ao fato de que as participantes podem ter passado a dimensionar essa variável a partir das respostas aos instrumentos.

Ao se analisar os itens desse domínio que apresentaram menores escores, verificou-se que a questão relativa à satisfação com a vida sexual (GS7) foi a que recebeu uma menor pontuação média nas duas etapas após a intervenção tanto no GC (Pós = 2,19; *follow up* = 1,94) quanto nos dois grupos experimentais (Pós = 1,45; *follow up* = 1,79). A literatura também destaca esse aspecto, assinalando que a mulher com câncer ginecológico enfrenta dificuldades com a sexualidade que trazem implicações físicas, psicológicas e sociais. Os tratamentos a que são submetidas provocam dispareunia e falta de excitação e orgasmo que levam à perda de interesse sexual e até mesmo à abstinência. Além desses problemas no âmbito físico, a paciente pode também vivenciar transformações no autoconceito e na autoimagem corporal, comprometendo inclusive o envolvimento emocional com o parceiro e, conseqüentemente a satisfação com essa faceta da QV (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Auchincloss & McCartney, 1998; Bernardo et al., 2007).

Em relação ao bem estar emocional, a análise comparativa das médias não apontou um incremento significativo dessa variável em cada um dos grupos, como também não foram encontradas distinções estatisticamente significativas entre o GC, GEII e GEIG nos momentos pré, pós-intervenção e *follow up* (Tabela 12), revelando que o atendimento psicoeducativo não proporcionou uma melhoria na percepção de bem estar emocional.

A realização de uma única sessão, definida de acordo com a viabilidade da intervenção na rotina do serviço, dificultou a abordagem de outras demandas não associadas ao procedimento de braquiterapia, já que a principal proposta da intervenção foi a preparação psicológica da paciente para o tratamento de BATD. No GEII, questões, por exemplo, referentes à relação conjugal e familiar foram acolhidas, porém não trabalhadas em continuidade, o que é necessário para favorecer mudanças mais consistentes. Formulase, ainda, a hipótese de que a avaliação desse domínio da QV foi influenciada pela piora no estado emocional vivida por algumas pacientes desse grupo, decorrente de outros eventos não relacionados à doença e aos tratamentos.

No que se refere ao bem estar funcional, os dados indicaram um aumento estatisticamente significativo desse domínio, ao longo das avaliações, apenas nos grupos formados pelas mulheres que participaram da intervenção no formato individual e em grupo (Tabela 12). Quando comparados com o GC, foram verificadas diferenças com valor de significância marginal ( $p = 0,087$ ), o que designa uma forte tendência do efeito da intervenção nesse domínio da QV. Caso o número de participantes fosse ampliado, provavelmente, seriam obtidos efeitos significativamente estatísticos.

A mudança no bem estar funcional identificada como decorrente da intervenção psicoeducativa pode estar associada ao fato de que os itens que compõem esse domínio abordam diretamente aspectos de cunho emocional. Pode-se considerar, a partir desse dado, que a intervenção psicoeducativa, embora tenha sido breve, trouxe benefícios para outras dimensões da vida não diretamente relacionadas ao tratamento de BATD. Durante a aplicação da escala FACT-Cx, em resposta ao item GF7 desse domínio (Estou satisfeita com a minha qualidade de vida neste momento), uma das mulheres do GEII afirmou: “*Por causa da terapia [intervenção psicoeducativa] e porque cuidei de casa. Cozinhei, organizei as coisas...*” (P2 – GEII).

Por fim, o domínio que avalia a QV associada à sintomatologia do CCU e aos efeitos do seu tratamento revelou a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Apesar disso, a Tabela 12 explicita que os dois grupos experimentais indicaram um incremento significativo dessa dimensão da QV ( $p = 0,05$  e  $p = 0,04$ , respectivamente), reforçando um possível resultado da intervenção desenvolvida nesse aspecto.

As mulheres do GEIG exibiram, no decorrer da pesquisa, uma melhoria não significativa na percepção de QV relativa aos sintomas específicos do CCU, sendo esse aumento mais acentuado entre as duas últimas etapas de avaliação. Já o GC e o GEII apresentaram uma diminuição dos escores no *follow up*. Contudo, essa tendência também foi observada entre as pacientes do GEII nas outras dimensões da QV quando os diferentes domínios foram analisados em conjunto.

### **5.5 Avaliação da intervenção psicoeducativa pelas participantes dos grupos experimentais**

Esta seção descreve a avaliação da intervenção psicoeducativa pelas pacientes do GEIG e do GEII. Dessa forma, são apresentados os dados que tratam das características estruturais e do conteúdo da proposta de intervenção, obtidos a partir da entrevista com o Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa. Os relatos das mulheres são reproduzidos para uma melhor elucidação dos resultados.

A Figura 4 apresenta os fatores que motivaram a participação no atendimento individual e em grupo e o número de pacientes que os citaram.

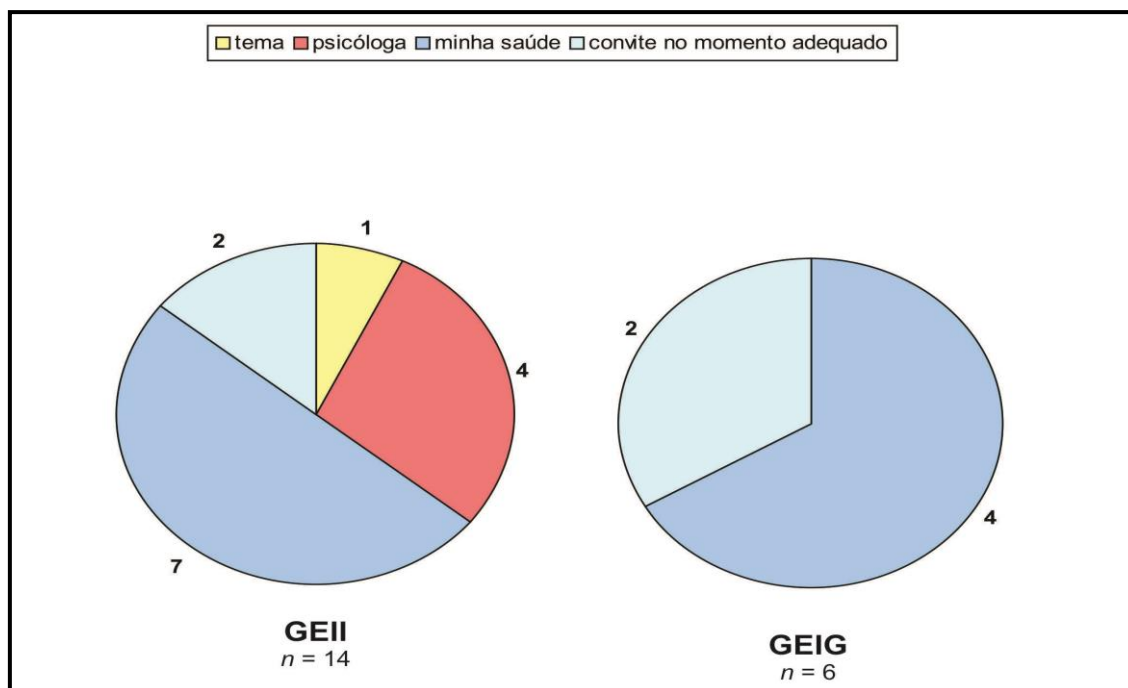


Figura 4. Fatores determinantes para participação na intervenção individual e em grupo.

Observa-se que o fator determinante para a participação no atendimento foi o cuidado com a saúde, seguido da postura da psicóloga no GEII e da percepção de que o convite foi feito em momento adequado no GEIG. O fator “minha saúde” foi citado por 50% das mulheres do GEII e por 66,67% das pessoas do GEIG. Esse dado não é inesperado em virtude da saliência dos sintomas e indicação de tratamento.

O número, duração, dia e horário do atendimento não representaram dificuldades para a maioria das participantes dos dois grupos. Do GEII, todas as participantes avaliaram que o tempo da intervenção (uma única sessão) foi adequado. Já do GEIG, metade avaliou que foi adequado e a outra metade considerou que poderia ser maior, o que indica que quando a intervenção é realizada em grupo as demandas individuais podem não ser totalmente atendidas.

Em relação ao dia e horário do atendimento, cinco pacientes do GEII (33,33%) consideraram como fator positivo a intervenção ter coincidido com o horário da consulta de admissão. Como já exposto no Método, essa condição foi estabelecida com o intuito de abarcar um maior número de pacientes e adequar a proposta à realidade do serviço.

Quanto ao tempo de duração do atendimento, quase todas as participantes ( $n = 13$ ; 93%) do GEII julgaram ser adequado. De forma semelhante, praticamente todas as mulheres do GEIG ( $n = 5$ ; 83%) fizeram a mesma avaliação. Uma paciente sugeriu “um tempo flexível, pois tem dias que falamos mais ou menos. O atendimento foi personalizado

e eu fui esclarecida sobre como funcionava o tratamento” (P14 – GEII). Essa solicitação já foi desenvolvida em um estudo de avaliação de intervenção (Maughan & Clarke, 2001) que não definiu um número máximo de sessões. O suporte foi oferecido conforme a necessidade da paciente.

A análise de conteúdo das verbalizações das pacientes permitiu verificar as expectativas e percepções relativas à proposta de intervenção, como também os motivos apontados para a manutenção do atendimento realizado na rotina da unidade, conforme assinalado na Tabela 13.

Tabela 13.

*Percepções das pacientes em relação ao formato da intervenção psicoeducativa*

<b>Categoria</b>	<b>GEII</b>	<b>GEIG</b>
<b>Expectativas com o atendimento</b>	Inclui os relatos referentes a expectativas positivas de que a intervenção representaria um espaço para a expressão de sentimentos, o aprendizado de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e o recebimento de orientações sobre a braquiterapia. Compreendeu também declarações que indicaram expectativas negativas de que o atendimento pudesse ser uma experiência ruim e que fosse focalizado na realização de perguntas sobre seu estado emocional.	Inclui relatos relacionados a expectativas de que a intervenção ofereceria orientações sobre a braquiterapia e que fosse realizada semanalmente durante o tratamento.
<b>Pontos positivos do atendimento</b>	Inclui relatos relacionados aos benefícios do atendimento individual, designando-o como um espaço que favorece a assimilação de informações sobre a braquiterapia; possibilita a expressão de sentimentos; e permite o aprendizado da técnica de relaxamento. Compreende também declarações que ressaltam a postura empática da psicóloga e fazem menção à exibição de fotografias do contexto de tratamento como um recurso para diminuir o medo frente ao procedimento.	Inclui relatos que enfatizaram atitudes de empatia dos profissionais, como a demonstração de atenção e carinho. Compreende também a percepção de que o grupo possibilitou conhecer outras pessoas enfrentando o mesmo problema; o esclarecimento de dúvidas sobre a doença e a braquiterapia; e o recebimento de orientações relativas à vida sexual.
<b>Aprendizado com o atendimento individual/grupo</b>	Inclui relatos de aspectos aprendidos no atendimento psicoeducativo: prática da técnica de relaxamento na braquiterapia e em situações estressantes; controle da ansiedade diante do tratamento; informações sobre o CCU e os procedimentos da braquiterapia; a importância de não focar o pensamento apenas na situação de adoecimento (distração); compartilhar sentimentos; e lidar melhor com as preocupações da vida diária.	Inclui relatos de aspectos aprendidos no grupo: informações sobre o tratamento e prática da técnica de relaxamento. Compreende também a percepção do grupo como uma atividade que demonstra a valorização da paciente pelo serviço.
<b>Motivos para manutenção da intervenção na rotina do serviço</b>	Inclui relatos que indicam os motivos para a manutenção da intervenção psicoeducativa na rotina, destacando os benefícios do atendimento: fornecimento de informações sobre o tratamento, disponibilização de suporte social/emocional, mudanças no estado emocional, modificações dos pensamentos sobre a braquiterapia e auxílio no controle do medo diante da braquiterapia.	Inclui relatos que indicam os motivos para a manutenção da intervenção psicoeducativa, destacando os benefícios do grupo: fornecimento de informações sobre o tratamento, disponibilização de suporte social/emocional, mudanças no estado emocional e modificações dos pensamentos sobre a braquiterapia.

Em relação às expectativas com a intervenção, observou-se que nos dois grupos estavam associadas ao recebimento de informações. Contudo, as mulheres do GEII buscavam também um espaço para a expressão de emoções e pensamentos. Experiências prévias com atendimento psicológico também influenciaram suas expectativas. O controle

social exercido pela presença de outras participantes pode ter inibido respostas reveladas apenas no atendimento individual.

*“A explicação, como ia ser, como reagir. Que iam dar uma explicação sobre o procedimento” (P6 – GEIG).*

*“Eu nem sabia que tinha atendimento psicológico. Eu pensei que fosse um aprendizado a mais, que ia me ajudar em ficar boa mesmo” (P5 – GEII).*

*“A expectativa de que ia ser um saco. Eu corria de psicóloga. Eu tinha uma psicóloga... Demorava três horas, enquanto ela não me fazia chorar, ela não me deixava ir embora” (P2 – GEII).*

Nos dois grupos, pontos positivos do atendimento incluíram a relação com os profissionais da equipe e a obtenção de informações sobre o procedimento, com referência aos resultados sobre o bem estar emocional. Em cada um dos formatos, vantagens específicas foram valorizadas. Estudos evidenciam o efeito positivo tanto de abordagens individuais (Ward et al., 2000; León-Pizarro et al., 2007) quanto em grupo (McCorkle et al., 2008), porém Clark et al. (2003) já denunciou a necessidade de estudos que analisem as contribuições de cada formato. É importante ressaltar que as características pessoais das pacientes podem definir o modelo mais adequado às suas demandas.

*“Falar livremente as coisas que eu estava sentindo. Ter um tempo para falar até esgotar. Achei legal ver as imagens da sala da braqui, porque eu tinha muito medo. Gostei muito do relaxamento e da música” (P14 – GEII).*

*“Gostei das conversas explicando o tratamento” (P10 – GEII).*

*“Estava perdida na relação com o marido e o grupo me ajudou a ficar mais atenta nas recomendações sobre a vida sexual” (P1- GEIG).*

*“Me deixou mais alerta, confiante. Gostei de conhecer outras pessoas com o mesmo problema” (P6 – GEIG).*

As contribuições do atendimento no formato individual foram melhor descritas pelas participantes do que no modelo em grupo, evidenciando melhor alcance dos objetivos delineados para a intervenção, uma vez que foram estendidos para outras esferas da vida que não somente as relacionadas com o procedimento, como exemplificam os seguintes depoimentos:



*“A relaxar mais, a me controlar para meu nervoso com relação ao tratamento e preocupações além do tratamento” (P2 – GEII).*

*“Conhecimento de como funcionava a braqui. Esclareceu sobre o câncer e sobre a relação sexual. Descobri que não era perigoso e nem contagioso. O relaxamento também foi bem legal. Gostei da música e da condução do relaxamento” (P14 – GEII).*

*“Aprendi que é importante, porque deixa tranquila, passa as informações que precisa. Fiquei mais confiante” (P3 – GEIG).*

*“Cheguei aqui nua e crua... Deu segurança, passou ideia de que é responsabilidade e compromisso da equipe e do hospital” (P5 – GEIG).*

Ao serem questionadas se consideravam importante a manutenção da intervenção psicoeducativa, todas as pacientes do GEII e do GEIG afirmaram que sim. Os motivos alegados foram os mesmos nos dois grupos. No GEII, foi incluído o auxílio para o controle do medo diante da braquiterapia:

*“Porque a gente chega insegura e com muito medo. Passando por ela, a gente fica mais segura. Ela explica, passa informações pra gente e isso ajuda, porque a gente chega muito assustada” (P2 – GEII).*

*“O medo que eu tinha... Eu senti bem melhor. Tem coisa que eu não perguntei para a enfermeira por causa do tempo ou porque esqueci mesmo... Mas na hora do atendimento com a psicóloga eu lembrei e perguntei tudo” (P5 – GEII).*

*“Ajuda as pessoas a entender mais sobre o que elas estão sentindo em relação à doença também, porque ela explica. Em relação ao tratamento, que muitas vezes o médico não explica direito” (P7 – GEII).*

*“Achei importante porque posso explicar o que está acontecendo comigo para o médico e a enfermeira. É mais fácil falar essas coisas no grupo do que nas consultas” (P1 – GEIG).*

*“Porque o paciente fica mais tranquilo. Antes eu tinha uma visão de braquiterapia como coisa ruim. Tudo isso ajudou para o meu conhecimento sobre o procedimento. Não ficar tão nervosa, ansiosa, preocupada” (P3 – GEIG).*

*“A pessoa que chega aqui para o tratamento já passou por muita coisa, outros tratamentos, chega sem rumo e precisa mesmo desse tipo de atendimento” (P5 – GEIG).*

Ainda que a expectativa social tenha sido o elemento motivador para as respostas, e a despeito das dificuldades para implementação de atividades no serviço, a avaliação positiva feita pelas participantes dos grupos experimentais reforça a indicação de que

esforços devem ser feitos para que a intervenção individual seja adotada. Como o cuidado emocional do paciente é responsabilidade de todos os membros da equipe (Queiroz, 2003), cabe a identificação do suporte necessário para que dificuldades vivenciadas na condução desta pesquisa não sejam recorrentes no cotidiano da unidade.

Quando indagadas sobre o alcance da intervenção em relação às expectativas iniciais, a maioria das pacientes tanto do GEII quanto do GEIG avaliou positivamente, conforme destacado na Figura 5.

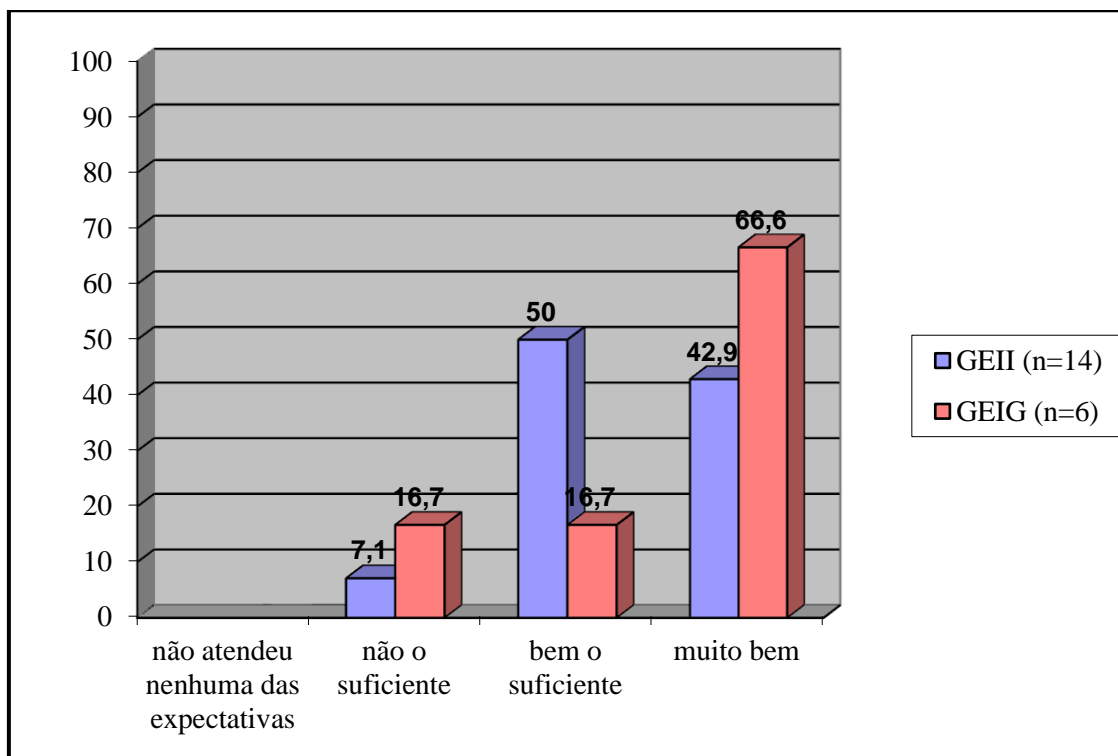


Figura 5. Alcance da intervenção em relação à expectativa.

No tocante às sugestões apontadas para o aprimoramento do atendimento, mais da metade das mulheres do GEII ( $n = 9$ ; 64,28%) não relataram sugestões, alegando satisfação com a proposta da intervenção. Por outro lado, três pessoas (21,43%) indicaram o aumento do número de sessões e outra participante enfatizou a importância do atendimento psicoeducativo em abranger mais pacientes que estejam enfrentando o câncer, como mostram os seguintes depoimentos:

*“Não. Eu acho que fui bem atendida. Não tenho o que reclamar do atendimento”* (P1 – GEII).

*“Para mim, está ótimo. Eu gostei”* (P12 – GEII).

*“Que pudesse fazer mais atendimentos porque às vezes a gente precisa” (P9 – GEII).*

*“Acho que ele [o atendimento] deveria ser estendido para todas as pessoas. Mesmo sabendo que há atendimentos disponíveis fora do hospital, é importante que todos os pacientes tenham algum acompanhamento. Porque eu achei muito benéfico” (P14 – GEII).*

Duas mulheres do GEIG assinalaram que não tinham nenhuma sugestão para indicar para o grupo e outras duas também destacaram a relevância da ampliação do número de encontros. Outras recomendações citadas foram que a intervenção psicoeducativa nesse formato ocorresse ao longo da braquiterapia e abordasse temas como a infecção pelo HPV e formas de transmissão, os quais foram brevemente discutidos na intervenção em grupo. Observou-se que a dificuldade de expressão em grupo traz uma expectativa de mais sessões, o que pode ser irrealista frente à dinâmica de funcionamento da unidade: *“Ter um tempo maior. Ter mais vezes para desinibir e ter coragem de perguntar mais e aprender um com o outro” (P5 – GEIG).*

Ademais, sugestões sobre a atuação dos profissionais que conduziram a intervenção no formato em grupo (enfermeira, médico e psicóloga) e no individual (psicóloga) foram solicitadas. Os relatos de todas as mulheres do GEIG pontuavam a não existência de sugestões relacionadas à atuação da enfermeira e da psicóloga, enfatizando que o trabalho deve continuar a ser desempenhado da mesma forma, associando a esse uma conotação afetiva. Quanto à atuação do médico, a participante que apontou sugestão reiterou questões já tratadas, mas que pela repetição do conteúdo sinaliza que não corresponderam às suas crenças:

*“Que [a enfermeira] continue fazendo com amor” (P3 – GEIG).*

*“Ela [psicóloga] é um amor. Que continue fazendo o trabalho com amor” (P3 – GEIG).*

*“Queria que o médico explicasse sobre tirar o útero, sobre o funcionamento do coração e, assim, saber se eu posso continuar a trabalhar” (P1 – GEIG).*

Duas pacientes mencionaram, ainda, a percepção de que a participação do médico no grupo implicava em uma sobrecarga de atividades: *“Não quero ocupar mais o tempo dele. Ele está no lugar certo” (P5 – GEIG).*

No GEII, todas as mulheres não informaram alguma sugestão, justificando que o desempenho da psicóloga foi satisfatório e enfatizando atitudes de empatia:

*“Não. Foi muito bem. Gostei do jeito dela que veio conversar, que explica. E o carinho também”* (P6 – GEII).

*“Foi ótimo o desempenho da psicóloga. Ela é tranquila, receptiva e esclarecedora. Nenhuma sugestão”* (P14 – GEII).

Embora a avaliação da atividade tenha sido realizada pelas auxiliares de pesquisa, o efeito de desajustabilidade social não pode ser ignorado e os dados relativos à satisfação com a intervenção, traduzidos pela valorização da postura da psicóloga podem estar associados aos esforços da pesquisadora para efetivação do planejado.

## 5.6 Vivência em BATD na perspectiva das mulheres do GC

As mulheres do GC avaliaram o tratamento tanto de forma positiva (10 verbalizações) quanto negativa (13 verbalizações), ainda que as declarações que designam aspectos desfavoráveis tenham sido mais frequentes. A Tabela 14 apresenta a descrição da vivência na perspectiva das pacientes do GC.

Tabela 14  
*Avaliação da vivência em BATD pelas pacientes do GC*

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>
<b>Avaliação positiva do tratamento</b>	Compreende verbalizações que qualificam o tratamento como tranquilo e bom, com valorização do atendimento prestado pela equipe e percepção de que é menos complicado do que o esperado, particularmente em comparação à quimioterapia e à radioterapia externa.
<b>Avaliação negativa do tratamento</b>	Inclui relatos de dor e desconforto, especialmente na primeira aplicação. A sensação de exposição e vergonha desencadeada pela posição ginecológica para recebimento da radiação é enfatizada. Envolve também queixas relacionadas ao uso da sonda intravesical.

A análise das categorias indica que o tratamento de braquiterapia é percebido como o menos desgastante entre as modalidades terapêuticas. Os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia externa fornecem elementos para comparação. Os aspectos negativos são amplamente enfatizados na literatura desde a década de 1990 (Auchincloss & McCartney, 1998; Clapis & Mamede, 1996; Fieler, 1997).

Mais da metade das mulheres ( $n = 9$ ; 56,25%) referiram que a braquiterapia não havia sido como imaginavam, revelando a importância da estruturação de intervenções

psicoeducativas para possibilitar o desenvolvimento de expectativas mais realistas (Baum & Andersen, 2001).

A vivência do tratamento foi bem diferente do esperado. Após a braquiterapia, quatro pacientes avaliaram o procedimento como menos dolorido do que imaginavam; três desconheciam a administração de sedação como conduta integrante do protocolo de tratamento; uma mencionou que acreditava que o tratamento fosse semelhante a um exame ginecológico; e outra referiu sentir mais dor em relação às suas expectativas. Tais relatos evidenciam o quanto as pacientes possuíam informações incipientes a respeito do tratamento.

Fornecer explicações sobre o procedimento ( $n = 5$ ), dizer para ficar calma/ter paciência ( $n = 5$ ), efeitos colaterais do tratamento ( $n = 2$ ), possibilidade de manejo de dor com sedação ( $n = 2$ ) e recomendações relativas à vida sexual ( $n = 1$ ) foram os conhecimentos considerados importantes pelas mulheres do GC para a preparação adequada ao tratamento de braquiterapia. Vale destacar que todas essas lacunas, exemplificadas nas verbalizações a seguir, já haviam sido identificadas e por essa razão foram disponibilizadas na intervenção psicoeducativa.

*“Só deixar a gente mais tranquila, conversar. Eu acho que isso me deixou mais tranquila. Que não é aquela coisa que a gente pensa, porque eu pensei que foi um bicho de sete cabeças” (P10 – GC).*

*“As informações que eles me deram todas. Não senti falta de nada. Que vai sentir dor quando você faz xixi; a sonolência que você tem o dia todo (dia do procedimento), ter anestesista, porque dói muito pra tirar o aparelho” (P3 – GC).*

*“Explicar como é o tratamento, que tem que colocar sonda na primeira vez, que tem que colocar o aplicador” (P16 – GC).*

Em relação à vivência do processo de tratamento, apenas 37,5% ( $n = 6$ ) das participantes do GC relataram dificuldades: cistite ( $n = 3$ ), incômodo causado pela sonda vesical ( $n = 1$ ), o tempo aguardado para a realização do procedimento na sala de espera ( $n = 1$ ) e dificuldades financeiras para o deslocamento ao hospital ( $n = 1$ ). A dificuldade de deslocamento ao hospital também já foi identificada no estudo de Almeida et al. (2008). Tal dado, verificado durante o recrutamento das pacientes, consistiu em um dos motivos da mudança do formato da intervenção.

A busca de prática religiosa foi o recurso de enfrentamento mais adotado pelas mulheres do GC ( $n = 11$ ), seguido por busca de apoio de familiares e amigos ( $n = 2$ ),

estratégias para manter-se calma e tranquila ( $n = 2$ ), ter força de vontade e esperança ( $n = 1$ ) e cumprir as recomendações prescritas pela equipe. Vale salientar que lidar com o procedimento de braquiterapia impulsiona o uso de diferentes habilidades como verificado no estudo de Velji e Fitch (2001), mas a frequência da religiosidade foi proeminente no GC:

*“Eu oro sempre, eu converso com Deus, eu peço para Ele estar presente para eu não ficar só” (P11 – GC).*

*“Eu busquei dentro de mim ficar tranquila. Pedi muito a Deus para me dar força e tranquilidade para passar por esse tratamento” (P7 – GC).*

*“Busquei forças na religião e apoio da família e dos amigos” (P4 – GC).*

*“Ter força de vontade para acabar logo e ficar logo livre” (P2 – GC).*

A crença em Deus ou em uma força superior é um aspecto recorrente evocado no contato com situações de estresse. Gobatto (2012) assinala que os profissionais em Oncologia percebem que a religiosidade/espiritualidade tem mais efeitos positivos do que negativos no bem estar emocional dos pacientes, ressaltando o conforto e fortalecimento decorrentes.

No tocante à satisfação com o cuidado prestado pela equipe do serviço de braquiterapia do CACON, todas as pacientes do GC relataram satisfação, sendo que o nível “muito satisfeita” foi citado com mais frequência, como evidencia a Figura 6. Isso reforça que a assistência prestada pela equipe do serviço favorece a redução dos níveis de *distress* manifestados pelas pacientes quando são admitidas.

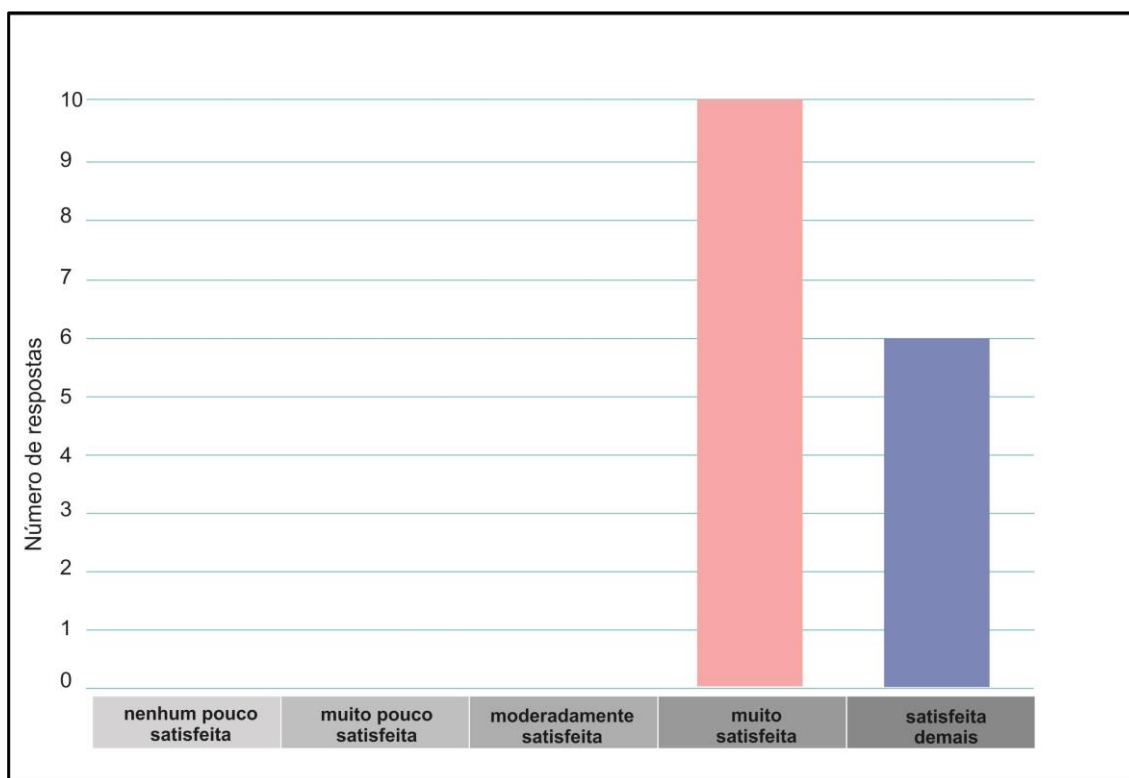


Figura 6. Satisfação das participantes do GC em relação ao cuidado oferecido pela equipe durante a braquiterapia ( $n = 16$ ).

Quando indagadas sobre a indicação de possíveis sugestões para o aprimoramento da assistência oferecida pela equipe do serviço, treze mulheres recomendaram a manutenção do bom atendimento existente. Por outro lado, a diminuição do tempo de espera pelo procedimento, a revisão do sistema de arquivamento dos prontuários e atitudes empáticas são algumas das propostas apontadas:

*“Eu acho que continuando da forma como está. Não tenho que reclamar. Tá ótimo” (P5 – GC).*

*“Não tenho nada a reclamar. Achei um hospital muito bom. Todo mundo atencioso... Atender mais cedo. Tirando isso, pra mim foi maravilhoso estar com vocês” (P2 – GC).*

*“Ter mais atenção no que está fazendo. É muita falta de responsabilidade sumirem o prontuário” (P12 – GC).*

*“Só passar tranquilidade mesmo, ser tratada bem, porque isso conta muito” (P10 – GC).*

### 5.7 Similaridades e diferenças entre o grupo controle e os grupos experimentais

Não foram observadas características sociodemográficas que pudessem justificar resultados diferentes entre os grupos. Todas as mulheres careciam de informações sobre o procedimento de braquiterapia no momento de ingresso no serviço.

A avaliação do *distress* antes do procedimento mostrou que as mulheres do GC não obtiveram escores indicativos de necessidade de intervenção. Após a intervenção, houve uma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de *distress* ao longo das três etapas de avaliação apenas entre as mulheres do GC ( $p = 0,002$ ) e do GEII ( $p = 0,002$ ). No *follow up*, observou-se alteração do nível de *distress* no GC. A avaliação da QV nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up* evidenciou melhoria apenas no domínio bem estar funcional e somente nos grupos que passaram pela intervenção (GEII e GEIG).

A avaliação da intervenção psicoeducativa pelas participantes dos grupos experimentais e a vivência em BATD na perspectiva das mulheres do GC revelaram aspectos positivos do atendimento prestado pela equipe. A espera pelo procedimento foi um fator apontado tanto por pacientes do GC quanto do GEII e GEIG. Uma paciente chegou a sugerir a prática do relaxamento na sala de espera, como forma de minimizar a ansiedade, valorizando uma atividade trabalhada na intervenção e já em prática na instituição na sala de espera da quimioterapia:

*“Porque a gente fica com muito medo durante a espera e com muito tempo. E esse tempo poderia ser usado para relaxar. Poderia ter um horário de relaxamento disponível todos os dias em uma dessas salas, que nem na QT, porque a gente espera muito tempo”* (P14 – GEII).

A satisfação com o atendimento, relatada nos grupos experimentais, valoriza a intervenção desenvolvida. A satisfação mencionada pelo GC permite perceber a consideração de fatores emocionais no cuidado das mulheres, mostrando indicadores da assistência humanizada oferecida no CACON.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção foi previamente estruturada de acordo com a dinâmica de funcionamento do Setor de Radioterapia do CACON, existente desde 2009. No entanto, eventos externos associados à rede pública de saúde interferiram na rotina da unidade, o que suscitou mudanças no projeto inicial e no planejamento da intervenção.

A formação dos grupos só foi possível em três momentos, considerando seis meses de coleta de dados, e com a participação de um número reduzido de mulheres. Esse fato evidenciou que apesar de a intervenção no formato em grupo ser defendida por incluir uma quantidade mais significativa de pacientes, não foi o modelo mais apropriado à realidade do serviço. Tal dificuldade também foi identificada na literatura internacional em que a maior parte das intervenções analisadas, voltadas para pacientes com câncer ginecológico, foi conduzida no formato individual.

Outra barreira para a implementação da intervenção psicoeducativa em grupo esteve relacionada às condições socioeconômicas das pacientes. Grande parte delas residia em locais distantes do hospital, o que comprometia seu deslocamento. O nível de escolaridade das mulheres exigiu adequações para o fornecimento das recomendações de modo a facilitar sua compreensão.

Diante disso, o material elaborado para exposição das informações referentes à doença do CCU e ao tratamento de braquiterapia foi revisado por membros da equipe médica e de enfermagem com o intuito de examinar sua precisão técnica, como também por um profissional de psicologia de outra instituição, com experiência no atendimento dessas mulheres. O material final apresenta-se acessível, contemplando as demandas detectadas.

Um dos fatores que facilitou o desenvolvimento deste projeto foi o levantamento de necessidades das pacientes, realizado em pesquisa anterior, que indicou uma carência de orientações sobre a braquiterapia, o que favorecia a construção de crenças distorcidas e influenciava o estado emocional frente ao procedimento. Esse mapeamento tem sido indicado como estratégia preliminar para o estabelecimento de protocolos de atendimento apropriados à clientela.

Vale pontuar que a provisão de informações constituiu em um dos objetivos da proposta de intervenção psicoeducativa em virtude dos relatos das pacientes no momento de ingresso no serviço e da constatação de que muitas vezes a equipe assume que tais mulheres sabem mais sobre a doença e o tratamento do que de fato conhecem.

A análise das médias dos escores de *distress* entre os grupos nas etapas pré, pós-intervenção e *follow up* mostrou que essa variável não diferiu de modo estatisticamente significativo entre os grupos. Acredita-se que o tempo de duração da intervenção (uma única sessão) tenha prejudicado a avaliação da mudança nas respostas de *distress*. Em contrapartida, os dados de *distress* na primeira etapa já revelavam que essas mulheres não apresentavam demanda para intervenção. Foi averiguado também que o intervalo de tempo entre a execução da intervenção e o início do tratamento consistiu em uma variável interveniente que influenciou os escores de *distress* ao longo das três etapas de avaliação.

A comparação dos níveis de *distress* entre os três grupos demonstrou ainda que a intervenção individual possibilitou maior efeito na etapa pré-intervenção em relação à aplicada em grupo, revelando o benefício desse formato para o manejo do *distress*. Dessa forma, além de ser exequível na unidade, o atendimento individual cumpre com sua finalidade de minimizar o *distress* antes do procedimento.

No que se refere à QV, os resultados indicaram um aumento estatisticamente significativo no bem estar funcional ao longo das avaliações apenas entre as mulheres que participaram da intervenção, denunciando a vantagem da atividade para o incremento dessa dimensão da QV. Os itens referentes ao domínio, que abordam questões de cunho emocional, foram os que apresentaram maior pontuação. Isso indica que as contribuições da intervenção não se limitaram ao repasse de informações.

Nos dois grupos, o cuidado com a saúde foi percebido como o principal fator motivador para participação na intervenção. As expectativas estavam direcionadas ao recebimento de informações, os benefícios do atendimento envolveram a relação com os profissionais da equipe e a obtenção de orientações sobre o procedimento. O número, duração, dia e horário do atendimento não representaram dificuldades para a maioria das mulheres. Todas as pacientes do GEIG e do GEII defenderam a manutenção da intervenção na rotina.

Embora a avaliação do serviço não tenha sido objetivo do presente estudo, a vivência das mulheres do GC evidenciou que a assistência prestada no CACON é reconhecida como muito satisfatória e contribui para a diminuição do *distress*, parâmetros importantes de qualidade. O GC manifestou a percepção de que a braquiterapia é o tratamento menos desgastante entre as modalidades terapêuticas para o câncer de colo uterino.

A inclusão da intervenção psicoeducativa no atendimento às pacientes em BATD no CACON/HUB constitui um desafio frente à dinâmica atual do serviço e a pouca

disponibilidade das mulheres para a participação de outras atividades que não aquelas concebidas como curativas. O ideal é a lotação de um psicólogo no setor de radioterapia para realização tanto de um trabalho preventivo, como o desenvolvido nesta pesquisa, quanto aquele dirigido às urgências que acontecem no dia a dia. Uma estratégia para viabilizar a implantação da intervenção em grupo é a incorporação da atividade com horário fixo como pré-requisito da assistência em braquiterapia.

As técnicas empregadas no atendimento revelaram-se efetivas para o cumprimento dos objetivos, ainda que limitadas pela duração da intervenção. Cabe ressaltar que o atendimento trouxe a possibilidade de integração de informações de diferentes unidades, reflexo do cuidado fragmentado dispensado a essas mulheres por receber as modalidades terapêuticas em instituições variadas.

A resposta aos instrumentos foi onerosa para as participantes e para a equipe de pesquisa. A fim de garantir que não houvesse prejuízo nas outras atividades programadas no Setor de Radioterapia, a coleta aconteceu na sala de espera do setor, exigindo um esforço considerável para que a privacidade de cada participante fosse assegurada. Apesar de extensa, a FACT-Cx foi de fácil compreensão pelas pacientes. Embora seja o instrumento mais empregado em estudos de intervenções voltadas para pacientes com câncer ginecológico (Anexo A), a utilização da HAD não foi tão simples, exigindo a explicação de alguns itens para as mulheres.

Para estudos futuros, sugere-se a inclusão do parceiro na intervenção com o intuito de explorar aspectos que envolvem a vida sexual do casal e que são influenciados pelo curso do tratamento do câncer de colo do útero. A experiência, as necessidades de informação, os efeitos colaterais e a qualidade de vida das pacientes devem ser temas trabalhados. A avaliação da vivência do tratamento de mulheres de grupos experimentais e a inclusão do relaxamento em intervenções destinadas a essa população representam outras recomendações. A análise do efeito da sedação no bem estar da paciente e implicações para o serviço também devem ser estudadas.

A realização dessa pesquisa permitiu a verificação do trabalho desenvolvido em equipe no CACON e a importância de intervenções psicológicas estruturadas para aprimorar o cuidado oferecido às pacientes com câncer ginecológico, população pouco assistida, a despeito da alta incidência da doença. A BATD, sem dúvida, representa um recurso tecnológico que contribui para o bem estar emocional das mulheres uma vez que prescinde de internação, possibilitando a manutenção de rotinas de vida que favorecem a autonomia das pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Abbott-Anderson, K., & Kwkkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477-489. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.030
- Almeida, C. E., Haddad, C. K., & Ferrigno, R. (2011). A evolução técnica da radioterapia externa. Em Sociedade Brasileira de Radioterapia (Org.). *Radioterapia baseada em evidências: recomendações da Sociedade Brasileira de Radioterapia* (1ª ed.). São Paulo: Sociedade Brasileira de Radioterapia.
- Almeida, L. H. R. B., Pereira, Y. B. A. S., & Oliveira, T. A. (2008). Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 482-487.
- American Psychological Association (2012). *Regras Essenciais de estilo da APA* (6ª ed.). São Paulo: Penso.
- Andersen, B. L., Karlsson, J. A., Anderson, B., & Tewfik, H. H. (1984). Anxiety and cancer treatment: response to stressful radiotherapy. *Health Psychology*, 3(6), 535-551.
- Assunção, G. S. (2013). *Relação profissional de saúde-paciente: avaliação de uma intervenção com estudantes da área de saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Auchincloss, S. H., & McCartney, C. F. (1998). Gynecologic cancer. Em J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 359-370). New York: Oxford University Press.
- Bădulescu, F., Prejbeanu, I., Rada, C., Pătrașcu, A., Dragomir, M., & Popescu, F. C. (2011). Evaluation of women knowledge and attitude regarding cervical cancer early detection. *Romanian Journal of Morphology & Embryology*, 52(1), 45-51.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, G. C. (2007). *Aspectos psicológicos em mulheres com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia num hospital universitário de Ribeirão Preto: um estudo clínico-qualitativo* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-18122007-160711/pt-br.php>.
- Barros, G. C., & Labate, R. C. (2008). Repercussões psicológicas relacionadas ao tratamento de braquiterapia em mulheres com câncer ginecológico: análise da produção de 1987 a 2007. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(6), 115-120.
- Barros, D. O., & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 295-298.
- Baum, A., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association.

- Bernardo, B. C., Lorenzato, F. R. B., Figueiroa, J. N., & Kitoko, P. M. (2007). Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(2), 85-90.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.
- Brasil. (2001). *1º seminário em radioterapia*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Retirado de [http://www.inca.gov.br/pqqr/download/tec\\_int/int.pdf](http://www.inca.gov.br/pqqr/download/tec_int/int.pdf).
- Brasil. (2011). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Retirado de [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf).
- Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson, S., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320-325. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.01.035.
- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. *Psychosocial Oncology*, 3(5), 311-314. doi: 10.1200/JCO.2005.02.3259
- Caballo, V. E., & Buela-Casal, G. (1996). Técnicas diversas em terapia comportamental. Em V. E. Caballo (Ed.). *Manual de Técnicas de terapias para modificação de comportamento*. Santos: Santos Livraria Editora
- Castro, E. A. (2008). *Variáveis do terapeuta: Análise de periódicos brasileiros (1998-2007)* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Castro, L. Secretaria de Comunicação da UnB (2009, Agosto 19). HUB inaugura Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Retirado 21/01/2013, de <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=2180>.
- Chan, Y. M., Lee, P. W. H., Fong, D. Y. T., Fung, A. S. M., Wu, L. Y. F., Choi, A. Y. Y., Ng T. Y., Ngan H. Y. S., & Wong, L. C. (2012). Effect of individual psychological intervention in Chinese women with gynecologic malignancy: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 23(22), 4913-4924. doi: 10.1200/JCO.2005.02.069
- Chase, D. M., Watanabe, T., & Monk, B. J. (2010). Assessment and Significance of Quality of Life in Gynecologic Cancer: Cervical Cancer. *Future Oncology*, 6(8), 1279-1287. Retirado de [http://www.medscape.com/viewarticle/729792\\_3](http://www.medscape.com/viewarticle/729792_3).
- Clapis, M. J., & Mamede, M. V. (1996). Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(2), 131-146.
- Clark, M. M., Bostwick, J. M., & Rummans, T. A. (2003). Group and individual treatment

strategies for distress in cancer patients. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 78(12), 1538-1543.

- Classen, C. C., Chivers, M. L., Urowitz, S., Barbera, L., Wiljer, D., O'Rinn, S., & Ferguson, S. E. (2012). Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group. *Psycho-Oncology*, 22(4), 930-935. doi: 10.1002/pon.3058
- CONASS (2005). Política Nacional de Assistência Oncológica. Retirado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf).
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida do enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 195-208). São Paulo: Summus.
- Cresswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE publications.
- Cristo, L. M. O., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Comunicação e oncologia: um levantamento de estudos brasileiros. *Brasília Médica*, 48, 50-57.
- Decat, C. S. (2008). *Avaliação diagnóstica do distress: contribuições para rotina de atendimento em oncologia* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Dias, C. V. (2011). *A percepção de estudantes sobre a comunicação em saúde: implicações para a atuação profissional* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Esteves, S. C. B., Oliveira, A. C. Z., & Feijó, L. F. A. (2004). Braquiterapia de alta taxa de dose no Brasil. *Radiologia Brasileira*, 37(5), 337-341.
- FACIT. org (2010). *Questionnaires*. Retirado 21/01/2013, de <http://www.facit.org/FACITOrg/questionnaires>.
- Faustino, Q. M. (2006). *Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas convivendo com HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Fernandes, W. C., & Kimura, M. (2010). Health Related Quality of Life of Women with Cervical Cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 260-267.
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Fieler, V. K. (1997). Side effects and quality of life in patients receiving high-dose rate brachytherapy. *Oncology Nursing Forum*, 24(3), 545-553.
- Fleck, M. P. A. (Ed.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Frigato, S., & Hoga, L. A. K. (2003). Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 209-214.
- Fuentes, M. E. N., Basurto, G. O., & Aguilar, S. A. (2007). *Castración y su impacto psicológico de la excenteración pélvica em mujeres con cáncer*. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(1), 28-31.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.
- Hartz, Z. M. A. (1999). Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 341-353.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 408-418.
- Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., & Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 18(8), 795-810. doi: 10.1002/pon.1443
- Herzog, T. J., & Wright, J. D. (2007). The impact of cervical cancer on quality of life: The components and means for management. *Gynecologic Oncology*, 107(3), 572-577.
- Hospital Universitário de Brasília (2004). Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Retirado 21/01/2013, de [http://www.hub.unb.br/wwwroot/noticias/hub\\_informa/oncologia.htm](http://www.hub.unb.br/wwwroot/noticias/hub_informa/oncologia.htm).
- Hospital Universitário de Brasília (2013). Institucional. Missão. Retirado de <http://www.hub.unb.br/usuarios/Institucional/missao.html>
- Inoue, T. (2003). The trail of the development of high-dose-rate brachytherapy for cervical cancer in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 327-330.
- Instituto Nacional de Câncer. (2011). *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. Retirado 20/01/2013, de [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf\\_pncc\\_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee/pdf_pncc_coloutero.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b88bee004eb683d9878a97f11fae00ee).
- Instituto Nacional de Câncer. (2013). *Tipos de câncer*. Retirado 20/01/2013, de [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo\\_uterode/finicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterode/finicao)
- Isaac, S., & Michael, W. B. (1995). *Handbook in research and evolution* (3ª ed.). San Diego, CA: Edits.
- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J., Baker, F., & cols. (2005). Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients: a multicenter evaluation of the distress thermometer. *Cancer*, 103(7), 1494-1502.

- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L. McLeod, C., & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology*, *12*(3), 267-279. doi: 10.1002/pon.639
- Kuznler, L. S. (2011). *Pense saudável: contribuições da terapia cognitiva para promoção da saúde e incremento da qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Kwekkeboom, K. L., Dendaas, N. R., Straub, M., & Bradley, K. A. (2009). Patterns of pain and distress during high-dose-rate intracavity brachytherapy for cervical cancer. *The Journal of Supportive Oncology*, *7*(3), 108–114.
- L'Abbate, S. (1994). Educação em saúde: uma nova abordagem. *Caderno de Saúde Pública*, *10*(4), 481-490.
- León-Pizarro, C., Gich, I., Barthe, E., Rovirosa, A., Farrús, B., Casas, F., & Arcusa, A. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psycho-Oncology*, *16*(11), 971-979. doi: 10.1002/pon.1171.
- Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. (2008). Terapias integradas à oncologia. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 362-372). São Paulo: Summus.
- Linard, A. G., Silva, F. A. D., & Silva, R. M. (2002). Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *48*(4), 493-498.
- Mantese, J. C. (2008). Câncer ginecológico: ovário, útero e vagina. Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B., Gomes & L. H. C. Barros (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 59-65). São Paulo: Summus.
- Matos, D. R. (2006). *Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total do quadril* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Maughan, K., & Clarke, C. (2001). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(2), 221-229.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams A.L., Siefert, M. L., Steiner, J., & Schwartz, P. (2009). Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psycho-Oncology*, *18*(1), 62-70.
- Monti, C. R. (2011). A braquiterapia no tratamento do câncer. Em Sociedade Brasileira de Radioterapia (2011). *Radioterapia baseada em evidências: recomendações da Sociedade Brasileira de Radioterapia* (1ª ed.) (pp. 27-30). São Paulo: Sociedade Brasileira de Radioterapia.



- Nag, S., Erickson, B., Thomadsen, B., Orton, C., Demanes, J. D., & Petereit (2000). The American Brachytherapy Society recommendations for high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the cervix. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 48(1), 201-211.
- National Comprehensive Cancer Network (2008). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management* (Versão 1). Retirado 20/01/2013, [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/distress.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf).
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedmam, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1999). *Helping cancer patients cope: a problem-solving approach*. Washington: American Psychological Association.
- Novaes, P. E. R. S. (2011). Colo Uterino. Em Sociedade Brasileira de Radioterapia (2011). *Radioterapia baseada em evidências: recomendações da Sociedade Brasileira de Radioterapia* (1ª ed.) (pp. 273-277). São Paulo: Sociedade Brasileira de Radioterapia.
- Olivares, M. E., & Hernández, V. (2006). Aspectos cognitivos de la actividad sexual en la enfermedad neoplásica cervical. *Psicooncología*, 3(1), 59-70.
- Padilla, D. R. G., Padilla, M. P. G., Valderrama, B. P. B., & Gomez, M. M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Universita Psychologica*, 2(2), 199-214.
- Perdicaris, A. A. M., & Silva, M. J. P. (2008). A comunicação essencial em oncologia Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Eds.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 403-413). São Paulo: Summus Editorial.
- Petersen, R.W., Graham, G., & Quinlivan, J. A. (2005). Psychologic changes after a gynecologic cancer. *Journal of Obstetrics Gynaecology Research*, 31(2), 152-157.
- Queiroz, E. (2003). *Trabalho em equipe no contexto hospitalar: uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11), 810-822.
- Ribalta, J. C. L., Nicolau, S. M., Gonçalves, W. J., & Baracat, E. C. (2005). Câncer de colo do útero. Em N. M. Forones, R. J. Filho, H. Tadokoro, & C. A. R. Freire (Eds.), *Oncologia: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp. 171-176). Barueri, SP: Manole.
- Rodrigues, M. A. (2008). *Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Rodrigues, M. P. C. (2011). *Reabilitação de pessoas com lesão medular: relevância, aplicações e desafios relacionados ao uso da internet* (Dissertação de Mestrado).

Universidade de Brasília, Brasília.

- Rosa, M. T. S., & Sales, C. A. (2008). Vivências de mulheres submetidas à braquiterapia: compreensão existencial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 990-1003.
- Salvajoli, J. V., & Silva, M. L. G. (2008). Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes & L. H. C. Barros (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 150-154). São Paulo: Summus.
- Santos, A. G., Vilicev, C. M., Masson, I. B., Schiavinato, A. M., & Esteves Junior, I. (2008). A Importância da Prevenção do Câncer de Colo de Útero. *Revista Santa Rita* (FACEAS), 3(6), 85-96.
- Silva, C. H. D., & Derchain, S. F. M. (2006). Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 33-47.
- So, W. K., & Chui, Y. (2007). Women's experience of internal radiation treatment for uterine cervical cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 154-161. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04387.x
- Souza, A. C., Calomé, I. C. S., Costa, L. E. D., & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-153.
- Souza, J. R. (2009). *Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psicoeducacional "aprendendo a enfrentar"* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2004). Reflexões sobre avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. Em M. L. M. Bosi & F. J. Mercado (Eds.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp. 121-134). Petrópolis: Vozes.
- Vaz, A. F., & Pinto Neto, A. M. (2006). *Qualidade de vida e toxicidade aguda da radioterapia em mulheres com câncer ginecológico: um estudo de coorte prospectivo* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Vaz, A. F., Macedo, D. D., Montagnoli, E. T. L., Lopes, M. H. B. M., & Grion, R. C. (2002). Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 288-297.
- Velji, K., & Fitch, M. (2001). The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(4), 743-751.
- Ward, S., Donovan, H. S., Owen, B., Grosen, E., & Serlin, R. (2000). An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women

with gynecologic cancers. *Research in Nursing & Health*, 23(5), 393-405.

Warnock, C. (2005). Patients' experiences of intracavity brachytherapy treatment for gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(1), 44-55. doi: 10.1016/j.ejon.2004.03.009

Viswanathan, A. N., Beriwal, S., Santos, J., Demanes, J., Gaffney, D., Hansen, J., Jones, E., Kirisits, C., Thomadsen, B., & Erickson, B. (2012). The American Brachytherapy Society treatment recommendations for locally advanced carcinoma of the cervix part II: high dose-rate brachytherapy. *Brachytherapy*, 11(1), 47-52.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety e depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(3), 361-370.

## **ANEXOS**

## Artigos sobre Intervenções Psicossociais para Pacientes com Câncer Ginecológico, analisados por categoria.

Artigo	Participantes (n)	Objetivos	Variáveis avaliadas	Instrumentos	Resultados
(1) Ward et al. (2000)	Mulheres com câncer ginecológico metastático ou avançado que haviam experimentado dor relacionada ao câncer em pelo menos duas semanas (n = 43).	Verificar se o oferecimento de informações (adaptadas individualmente) sobre o uso de analgésicos pode aumentar o manejo da dor e desmistificar crenças.	Presença de barreiras relacionadas ao manejo da dor; uso adequado de analgésicos; severidade dos efeitos colaterais dos analgésicos; intensidade e interferência da dor; QV e satisfação com a participação.	Barriers Questionnaire; MSEC (Medication Side Effect Checklist); BPI (Brief Pain Inventory); FACT-G (Functional Assessment Cancer Therapy-General); questionário de satisfação com a participação.	Todas as mulheres relataram uma diminuição do número de barreiras entre a linha de base e depois de dois meses de <i>follow-up</i> ; experimentaram uma diminuição nos escores de interferência da dor na vida entre a linha de base e um mês de pós-teste; houve uma mudança significativa entre as mulheres de um manejo de dor inaceitável na linha de base para um manejo de dor aceitável em um mês de pós-teste.
(2) Maughan & Clarke (2001)	Mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico que estavam programadas para receber cirurgia pélvica maior durante o período do estudo (n = 36).	Avaliar o efeito de uma intervenção psicossocial conduzida por enfermeiros clínicos nas áreas de QV e funcionamento sexual.	QV e funcionamento sexual.	EORTC QLQ C30; Lasry Sexual Functioning Scale.	O funcionamento sexual e a QV melhoraram no grupo ativo que recebeu o aconselhamento psicossocial especializado.
(3) Petersen & Quinlivan (2002)	Pacientes com câncer ginecológico que não haviam sido submetidas à cirurgia como modalidade de tratamento primário (n = 50).	Examinar o efeito de uma intervenção de aconselhamento e relaxamento nos sintomas psicológicos em pacientes com câncer ginecológico entre o período pós-operatório e a sexta semana de acompanhamento.	Ansiedade e depressão.	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); GHQ-28 (General Health Questionnaire-28).	A intervenção foi associada com uma redução significativa nos escores da HAD. A redução foi observada nas duas subescalas. A intervenção também foi associada com uma redução significativa nos escores de três das quatro escalas do GHQ-28 (somatização, ansiedade e desenvolvimento de personalidade).
(4) Padilla et al. (2003)	Mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino no último ano; que estavam em uma relação conjugal em pelo menos dois anos antes do diagnóstico e que se manteve no momento da abordagem; que estavam recebendo radioterapia (n = 4).	Estruturar e avaliar uma intervenção psicológica para sexualidade e comunicação conjugal com base nas necessidades de um grupo de mulheres com câncer de colo uterino que se encontra em tratamento.	Sexualidade e comunicação.	Dois roteiros de entrevista semiestruturado (um para a avaliação inicial e outro para as avaliações pré-oficina, pós-oficina e de seguimento); autorregistros planejados para cada sessão.	Houve mudanças que se mantiveram ao longo do tempo; a área de maior impacto foi crenças e informação em geral, como também mudanças positivas em relação à sexualidade; persistiram alguns déficits na relação sexual e comunicação; ficou evidente a influência das características pessoais, do parceiro e da própria relação.

(5) Chan et al. (2005)	Mulheres recentemente diagnosticadas com câncer ginecológico ( $n = 155$ )	Avaliar a eficácia da intervenção psicológica na assistência de pacientes com câncer e verificar se o uso de rotina das terapias psicológicas é indicado.	QV; ansiedade; depressão; impacto psicológico do trauma; autoeficácia; autoestima e percepções relacionadas às consultas médicas.	EORTC QLQ-C30; Escala Beck de Depressão (BDI); Escala Beck de Ansiedade (BAI); IES (Impact of Events Scale); Generalized Self-Efficacy Scale; Rosenberg Self-Esteem Scale; Medical Interview Satisfaction Scale.	Não foram encontradas diferenças entre os grupos nos valores obtidos por qualquer dos instrumentos na linha de base e após o diagnóstico de câncer. A intervenção psicológica não teve efeitos significativos nos parâmetros/variáveis psicossociais.
(6) León-Pizarro et al. (2007)	Pacientes com câncer ginecológico e de mama programadas para receber braquiterapia de baixa taxa de dose ( $n = 66$ ).	Verificar o nível de ansiedade e depressão em pacientes com câncer durante tratamento de braquiterapia (de baixa taxa de dose) e avaliar os efeitos da intervenção psicológica consistindo de relaxamento e imagem guiada.	Ansiedade; depressão; QV; dor e suporte social.	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); CCV (Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFex); VAS.	O grupo de estudo apresentou uma redução estatisticamente significativa na ansiedade, depressão e desconforto corporal comparado com o grupo controle.
(7) McCorkle et al. (2008)	Mulheres com diagnóstico de câncer no ovário e outros tipos de câncer com metástase no ovário e abdômen que receberam quimioterapia ( $n = 123$ ).	Verificar se, durante seis meses, mulheres com câncer ginecológico, selecionadas para uma intervenção em grupo conduzida pela enfermagem, demonstram maior QV, avaliada pelos sintomas depressivos, incerteza, sintomas de <i>distress</i> e QV geral.	QV; sintomas depressivos; incerteza e sintomas de <i>distress</i> .	CES-D (Center for Epidemiological Studies–Depression Scale); MUIS (Mishel Uncertainty in Illness Scale); SDS (Symptom Distress Scale); SF-12 (Short-Form Health Survey); DT (Termômetro de <i>Distress</i> ).	A intervenção produziu uma redução significativa na incerteza após seis meses da cirurgia. O subgrupo que recebeu a intervenção apresentou menor incerteza, menos sintomas de <i>distress</i> e melhor QV física e mental obtida pela SF-12 ao longo do tempo, comparado com o grupo controle.
(8) Brotto et al. (2012)	Sobreviventes de câncer no endométrio e colo do útero que relataram desejo sexual significativo e que apresentavam <i>distress</i> e/ou preocupações com a excitação sexual ( $n = 31$ ).	Avaliar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental baseada na meditação para disfunção sexual em sobreviventes de câncer ginecológico e avaliar se as melhoras foram mantidas depois do <i>follow up</i> .	Funcionamento sexual (desejo sexual, excitação, orgasmo, lubrificação, dor e satisfação); <i>distress</i> sexual e depressão.	FSFI (Female Sexual Function Index); FSIDS (Female Sexual Distress Scale); SFQ (Sexual Function Questionnaire); Inventário Beck de Depressão (BDI); questionário de dados demográficos e clínicos.	Não houve efeitos significativos na condição de lista de espera em qualquer uma das variáveis. A intervenção permitiu melhoras significativas em todos os domínios da resposta sexual e uma tendência para significativa redução no <i>distress</i> sexual.
(9) Classen et al. (2012)	Mulheres com câncer ginecológico que apresentavam <i>distress</i> psicosssexual ( $n = 27$ ).	Examinar as taxas de participação e os resultados preliminares de um grupo de suporte <i>online</i> desenvolvido especificamente para mulheres que apresentam <i>distress</i> psicosssexual em decorrência do tratamento para câncer ginecológico.	<i>Distress</i> psicosssexual; ansiedade; depressão; QV e satisfação com o site e o grupo de suporte <i>online</i> .	FSIDS-R (Female Sexual Distress Scale-Revised); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); IIRS (Illness Intrusiveness Ratings Scale); questionário de avaliação da intervenção (GneGals Exit Questionnaire).	As taxas de participação diferiram entre os dois grupos com uma maior participação no segundo grupo que foi encorajado a participar mais. Entrevistas de <i>feedback</i> indicaram que a maioria das participantes estavam satisfeitas com a intervenção. Análises “ <i>intent-to-treat</i> ” revelam um pequeno efeito para a redução de <i>distress</i> sexual.

**ANEXO B**  
**Protocolo de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética em Pesquisa**



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**


Registro do Projeto no CEP: **192/11**

Título do Projeto: “Sistematização e avaliação de programa psicoeducacional para pacientes com câncer de colo do útero em braquiterapia.”  
Pesquisadora Responsável: Nadielle de Paula Moura Lira  
Data de Entrada: 30/11/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **192/11** com o título: “Sistematização e avaliação de programa psicoeducacional para pacientes com câncer de colo do útero em braquiterapia.”, analisado na 11ª reunião ordinária realizada no dia 14 de dezembro de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 13 de março de 2012.

  
Prof. Natanael Monsore de Sá  
Coordenador do CEP-FS/UnB

**ANEXO C**  
**Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)**

**Este questionário nos ajudará saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.**

**1) Eu me sinto tensa ou contraída:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

**2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Não tanto quanto antes  
2 ( ) Só um pouco  
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
2 ( ) Sim, mas não tão forte  
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 ( ) Não sinto nada disso

**4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Atualmente um pouco menos  
2 ( ) Atualmente bem menos  
3 ( ) Não consigo mais

**5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo  
2 ( ) Boa parte do tempo  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Raramente

**6) Eu me sinto alegre:**

- 3 ( ) Nunca  
2 ( ) Poucas vezes  
1 ( ) Muitas vezes  
0 ( ) A maior parte do tempo

**7) Consigo ficar sentada à vontade e me sentir relaxada:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre  
1 ( ) Muitas vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Nunca

**8) Eu estou lenta para pensar e fazer as coisas:**

- 3 ( ) Quase sempre  
2 ( ) Muitas vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Nunca

**9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca  
1 ( ) De vez em quando  
2 ( ) Muitas vezes  
3 ( ) Quase sempre

**10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- 3 ( ) Completamente  
2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**11) Eu me sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum:**

- 3 ( ) Sim, demais  
2 ( ) Bastante  
1 ( ) Um pouco  
0 ( ) Não me sinto assim

**12) Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Um pouco menos do que antes  
2 ( ) Bem menos do que antes  
3 ( ) Quase nunca

**13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- 3 ( ) A quase todo momento  
2 ( ) Várias vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Não sinto isso

**14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**

- 0 ( ) Quase sempre  
1 ( ) Várias vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Quase nunca



**ANEXO D**  
**FACT-Cx (Versão 4)**

Abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.**

	<b><u>BEM-ESTAR FÍSICO</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GP1	Estou sem energia .....	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoada .....	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família .....	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores.....	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodada pelos efeitos secundários do tratamento .....	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente .....	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçada a passar tempo deitada .....	0	1	2	3	4

	<b><u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família .....	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos .....	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença .....	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeita com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença .....	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próxima do meu parceiro (ou da pessoa que me dá maior apoio) .....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, por favor, responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo <input type="checkbox"/> e passe para a próxima seção.</i>					
GS7	Estou satisfeita com a minha vida sexual.....	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos **últimos 7 dias**.

	<b><u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GE1	Sinto-me triste .....	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeita com a maneira como enfrento a minha doença .....	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença...	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervosa.....	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupada com a ideia de morrer .....	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupada que o meu estado venha a piorar .....	0	1	2	3	4

	<b><u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizada com o meu trabalho (inclusive em casa) .	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença .....	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem .....	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir .....	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeita com a qualidade da minha vida neste momento .....	0	1	2	3	4

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos **últimos 7 dias**.

	<b><u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u></b>	<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Muito</b>	<b>Muitíssimo</b>
Cx1	O corrimento ou sangramento vaginal incomoda-me.....	0	1	2	3	4
Cx2	Sinto-me incomodada pelo odor que vem da minha vagina ..	0	1	2	3	4
Cx3	Tenho medo de ter relações sexuais .....	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente .....	0	1	2	3	4
Cx4	Sinto a vagina estreita ou curta demais.....	0	1	2	3	4
BMT7	Estou preocupada com a minha capacidade de ter filhos .....	0	1	2	3	4
Cx5	Tenho receio que o tratamento seja prejudicial para o meu corpo.....	0	1	2	3	4
BL4	Tenho interesse em sexo.....	0	1	2	3	4
C7	Gosto da aparência do meu corpo.....	0	1	2	3	4
Cx6	Sinto-me incomodada pela prisão de ventre .....	0	1	2	3	4
C6	Tenho bom apetite .....	0	1	2	3	4
BL1	Tenho dificuldade para controlar a urina.....	0	1	2	3	4
BL3	Sinto ardor quando urino .....	0	1	2	3	4
Cx7	Sinto um incômodo quando urino .....	0	1	2	3	4
HN1	Posso comer os alimentos que gosto .....	0	1	2	3	4

**ANEXO E**  
**Autorização do Uso da Versão em Português do FACT-Cx**

**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING  
AGREEMENT FROM FACIT.org**

September 12, 2011

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Nadielle Lira** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Nadielle Lira** (“COMPANY”) is granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-Cx**.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator’s form on our website, [www.FACIT.org](http://www.FACIT.org). (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.
- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and

are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

---

FACIT.org  
381 S. Cottage Hill Avenue  
Elmhurst, IL 60126  
USA  
[www.FACIT.org](http://www.FACIT.org)

**ANEXO F**  
**Roteiro de Entrevista Semiestruturada**  
**Informações sobre as expectativas com o tratamento de braquiterapia**

1. O que você sabe sobre a braquiterapia que veio fazer no HUB?
  
2. O que você gostaria de saber?
  
3. Como você imagina que é realizada a braquiterapia?
  
4. O que você espera da braquiterapia?
  
5. O que você espera da equipe que irá te atender durante a braquiterapia?
  
6. Qual a sua maior preocupação neste momento?
  
7. O que tem feito para lidar com o adoecimento e os tratamentos?
  
8. Quer comentar mais alguma coisa?

Observação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANEXO G**  
**Questionário de Dados Sociodemográficos e Médico-clínicos**

Nome:

Registro: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

Situação conjugal:

- Solteira       Namorando       Casada       Relacionamento estável  
 Separada/Divorciada       Viúva

Filhos: ( ) Sim ( ) Não      Número de filhos: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler ou escrever      | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto    |
| <input type="checkbox"/> Sabe ler ou escrever          | Série mais elevada cursada: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo      |
| Série mais elevada cursada: _____                      | <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo   | <input type="checkbox"/> Ensino superior completo   |
|  | <input type="checkbox"/> Pós-graduação              |

Renda mensal:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo (< R\$ 622,00)                 | <input type="checkbox"/> De 4 até menos de 6 salários (R\$ 2488,00 a R\$ 3731,99)  |
| <input type="checkbox"/> De 1 até menos de 2 salários (R\$ 622,00 a R\$ 1243,99)  | <input type="checkbox"/> De 6 até menos de 10 salários (R\$ 3732,00 a R\$ 6219,99) |
| <input type="checkbox"/> De 2 até menos de 4 salários (R\$ 1244,00 a R\$ 2487,99) | <input type="checkbox"/> 10 salários ou acima (≥ R\$ 6220,00)                      |

Vida sexual: ( ) Ativa ( ) Inativa

Ocupação: \_\_\_\_\_ Situação laborativa: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Hospital de origem (local onde iniciou o tratamento e realizou radioterapia): \_\_\_\_\_

Localização do câncer (incluir CID): \_\_\_\_\_ Estadiamento do tumor: \_\_\_\_\_

Tempo desde o diagnóstico (mês e ano da data do diagnóstico): \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Número de aplicações de braquiterapia: \_\_\_\_\_

Tipo de aplicador:  Anel     Anel com sonda intrauterina     Cilindro     Cilindro com sonda intrauterina  
 Colpostato     Colpostato com sonda intrauterina

**ANEXO H**  
**Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa em Grupo**

**Com a finalidade de melhorar o atendimento psicológico em grupo, solicitamos que você o avalie. Precisamos conhecer seus pontos fortes e fracos para aprimorá-lo e melhorar a assistência psicológica oferecida às pacientes em braquiterapia. Por favor, seja o mais sincera possível. Críticas e sugestões serão muito úteis e importantes.**

**1. Que fatores foram determinantes para que você decidisse participar do programa de atendimento psicológico em grupo:**

O tema  A coordenadora  Minha saúde

O convite veio em momento adequado

Outros motivos: \_\_\_\_\_

**2. Você considerou o tempo da intervenção (um único encontro):**

Adequado  Poderia ser menor  Poderia ser maior

Outra sugestão: \_\_\_\_\_

**3. O tempo de duração do encontro (2 horas) foi:**

Adequado  Poderia ser menor  Poderia ser maior

Outra sugestão: \_\_\_\_\_

**4. O dia e horário escolhidos para o grupo foram:**

Satisfatórios  Não satisfatórios

Quais os motivos? \_\_\_\_\_

Alguma sugestão? \_\_\_\_\_

**5. O que você aprendeu com o grupo?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Antes de começar, quais expectativas você tinha em relação ao atendimento psicológico em grupo?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



7. O quanto você considera que o atendimento psicológico em grupo atendeu às suas expectativas?

Não atendeu nenhuma das expectativas

Não o suficiente

Bem o Suficiente

Muito bem

8. O que você mais gostou do atendimento psicológico em grupo?

---

---

---

---

---

9. O que você menos gostou do atendimento psicológico em grupo?

---

---

---

---

---

10. Que sugestões você daria para o atendimento psicológico em grupo?

---

---

---

---

---

11. Em relação à participação do médico, você tem alguma sugestão específica?

---

---

---

---

12. Em relação à participação da enfermeira, você tem alguma sugestão específica?

---

---

---

---

13. Em relação à participação da psicóloga, você tem alguma sugestão específica?

---

---

---

---

14. Você considera importante manter o atendimento psicológico em grupo como parte da nossa rotina?

( ) Sim                      ( ) Não

Por quê?

---

---

---

---

**Agradecemos sua valiosa colaboração!**

**ANEXO I**  
**Instrumento de Avaliação da Intervenção Psicoeducativa Individual**

**Com a finalidade de melhorar o atendimento psicológico individual, solicitamos que você o avalie. Precisamos conhecer seus pontos fortes e fracos para aprimorá-lo e melhorar a assistência psicológica oferecida às pacientes em braquiterapia. Por favor, seja o mais sincera possível. Críticas e sugestões serão muito úteis e importantes.**

**1. Que fatores foram determinantes para que você decidisse participar do programa de atendimento psicológico individual:**

- O tema  A coordenadora (psicóloga)  
 Minha saúde  O convite veio em momento adequado  
 Outros motivos: \_\_\_\_\_

**2. Você considerou o tempo da intervenção (um único dia):**

- Adequado  Poderia ser menor  Poderia ser maior  
 Outra sugestão: \_\_\_\_\_

**3. O tempo de duração do atendimento (1 hora 30 minutos) foi:**

- Adequado  Poderia ser menor  Poderia ser maior  
 Outra sugestão: \_\_\_\_\_

**4. O dia e horário do atendimento foram (no dia da consulta de admissão no serviço):**

- Satisfatórios  Não satisfatórios

Quais motivos? \_\_\_\_\_

Alguma sugestão? \_\_\_\_\_

**5. O que você aprendeu com o atendimento psicológico?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6. Antes de começar, quais expectativas você tinha em relação ao atendimento psicológico individual?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7. O quanto você considera que o atendimento psicológico individual atendeu às suas expectativas?**

- Não atendeu nenhuma das expectativas  Não o suficiente  
 Bem o Suficiente  Muito bem

8. O que você mais gostou do atendimento?

---

---

---

---

9. O que você menos gostou do atendimento?

---

---

---

---

10. Que sugestões você daria para o atendimento?

---

---

---

---

11. Em relação à atuação da psicóloga, você tem alguma sugestão específica?

---

---

---

12. Você considera importante manter o programa de atendimento psicológico individual como parte da nossa rotina?

( ) Sim                      ( ) Não

Por quê?

---

---

---

---

**Agradecemos sua valiosa colaboração!**

**ANEXO J**  
**Instrumento sobre a Experiência na Braquiterapia**

1. Como foi a braquiterapia?

---

---

---

2. A braquiterapia foi como você imaginou que seria?

( ) Sim            ( ) Não

2.1. Se não, o que houve de diferente?

---

---

---

3. Houve alguma dificuldade ao longo da braquiterapia?

( ) Sim            ( ) Não

3.1. Se sim, o que foi mais difícil durante todo o tratamento?

---

---

---

4. Para você, quais informações a equipe deveria passar para as pacientes que irão fazer a braquiterapia?

---

---

---

---

---

5. Você fez algo que lhe ajudou a enfrentar a braquiterapia?

( ) Sim            ( ) Não

5.1. Se sim, diga-me, por favor, o que você fez?

---

---

---

6. Que sugestão você daria para a equipe no cuidado às pacientes em braquiterapia?

---

---

---

---

7. O quão satisfeita você está com o cuidado que a equipe lhe forneceu durante a braquiterapia?

( ) **nenhum pouco** satisfeita    ( ) **muito pouco** satisfeita    ( ) **moderadamente** satisfeita  
( ) **muito** satisfeita                    ( ) **satisfeita demais**

**Agradecemos sua valiosa colaboração!**

## ANEXO K

### Material de Apoio Didático para a Intervenção em Grupo

#### Preparando-se para o tratamento de braquiterapia



Hospital Universitário de Brasília  
CACON - Setor de Radioterapia

#### Grupo de mulheres em braquiterapia

##### OBJETIVO:

##### PREPARAR PARA O TRATAMENTO

- \* Repassar informações sobre a doença e o tratamento
- \* Explicar os cuidados necessários ao longo do tratamento
- \* Compartilhar sentimentos e expectativas
- \* Identificar o modo como tem enfrentado a doença e os tratamentos
- \* Ensinar técnicas psicológicas para controle de possíveis sensações desagradáveis

#### Equipe que irá cuidar de vocês:

- \* Enfermeiras
- \* Físicos
- \* Médicos
- \* Psicóloga
- \* Técnicas de enfermagem
- \* Técnicos em radiologia



#### Informações sobre a doença e o tratamento



**Câncer de Colo do Útero e  
Braquiterapia Ginecológica**

#### Colo do útero: Onde fica?



#### Câncer de colo do útero

- \* Problema de saúde mundial
- \* 90% dos casos relacionado à infecção pelo HPV
- \* Pico de incidência aos 50 – 60 anos



#### Radioterapia: o que é?

- \* Uso de radiação direcionada ao local onde o tumor se encontra com o objetivo de destruí-lo ou de interromper seu crescimento
- \* Tem a finalidade de curar e/ou aliviar sintomas

#### Tipos de radioterapia

- \* Radioterapia externa
- \* Radioterapia interna = **Braquiterapia**

## Radioterapia externa



Aparelho  
Sala do procedimento

## Braquiterapia

- \* Complementação do tratamento
- \* Aplicação de uma dose maior
- \* Proteção de órgãos



Sala do procedimento

## Braquiterapia

Fonte radioativa



## Materiais



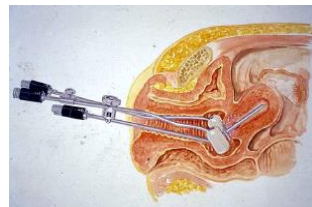
## Materiais



Colocação dos materiais

## Materiais

Posicionamento  
dos materiais  
no canal vaginal



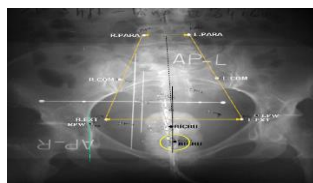
## Aplicador



Cilindro

## Planejamento da braquiterapia

Raio-X e cálculos



## Planejamento da braquiterapia

### Sala de comando da braquiterapia



## E os efeitos colaterais?

- \* Alterações ao urinar
  - Irritação na vagina
  - Ardor para urinar
  - Aumento da frequência de ida ao banheiro

- \* Alterações para evacuar
  - Desconforto
  - Sangramento
  - Diarreia líquida

- \* Estreitamento e ressecamento da vagina

- \* Antecipação de sintomas da menopausa

### IMPORTANTE!

INFORMAR AO MÉDICO  
QUALQUER SINTOMA  
QUE SURTIR

## Orientações da equipe de enfermagem



- Preparo para o procedimento
- Cuidados durante o tratamento
- Recomendações

## Como o tratamento ocorre?

- \* Encaminhamento: marcação da consulta
- \* Consultas com o médico e enfermeira
- \* São agendadas 3 ou 4 sessões de braquiterapia
- \* Cada sessão ocorre 1 vez por semana
- \* Preparo para o procedimento: aproximadamente 40 minutos
- \* Tratamento (radiação): 5 a 20 minutos



## Passo a passo do procedimento

### Antes de entrar na sala...

- \* Ir ao banheiro: esvaziar a bexiga
- \* Trocar de roupa



## Passo a passo do procedimento

### Na sala de braquiterapia: Preparo

- Deitar em posição ginecológica
- Introdução da sonda vesical (enfermeira)
- Colocação dos materiais de aplicação (médico)
- Planejamento do tempo de aplicação da dose prescrita (físico)



## Passo a passo do procedimento

### O tratamento...



- \* A porta é fechada: a equipe acompanha o procedimento
- \* A radiação é iniciada
- \* **Procure ficar parada e relaxada!**
- \* A radiação é finalizada
- \* Os aplicadores e a sonda são retirados

## Passo a passo do procedimento

### Sala de recuperação

- \* Momento para descansar e lanchar
- \* Liberação para voltar para casa!



## Cuidados!!!

- \* **Sexo:**
  - Usar camisinha
  - Não ter relação sexual um dia antes do tratamento
- \* **Gravidez:**
  - Evitar a gravidez nesse momento
- \* **Exercício de dilatação:**
  - Evitar o estreitamento da vagina
    - ✓ Seringa + preservativo + pomada



## Recomendações...

- \* Estar acompanhada por uma pessoa maior de 18 anos
- \* Trazer absorvente comum
- \* Fazer depilação da região íntima
- \* Jejum de 8 horas em caso de sedação



## E quando terminar todo o tratamento?

- \* Entrega do relatório médico
- \* Alta da braquiterapia
- \* Retorno ao hospital de origem



## A equipe da braquiterapia...

**... se sente honrada por poder cuidar de você neste momento!**



## Tenham um bom tratamento!!!





## ANEXO L

### Material de Apoio Didático para a Intervenção Individual

#### Preparando-se para o tratamento de braquiterapia



Hospital Universitário de Brasília  
CACON - Setor de Radioterapia

#### Atendimento Psicológico

##### OBJETIVO:

##### PREPARAR PARA O TRATAMENTO

- \* Esclarecer informações sobre a doença e o tratamento
- \* Compartilhar sentimentos e expectativas
- \* Identificar o modo como tem enfrentado a doença e os tratamentos
- \* Ensinar técnicas psicológicas para controle de possíveis sensações desagradáveis

#### Equipe que irá cuidar de você:

- \* Assistentes sociais
- \* Enfermeiras
- \* Físicos
- \* Médicos
- \* Nutricionistas
- \* Psicólogas
- \* Técnicas de enfermagem
- \* Técnicos em radiologia



#### Radioterapia: o que é?

- \* Uso de radiação direcionada ao local onde o tumor se encontra com o objetivo de destruí-lo ou de interromper seu crescimento
- \* Tem a finalidade de curar e/ou aliviar sintomas

#### Tipos de radioterapia

- \* Radioterapia externa
- \* Radioterapia interna = **Braquiterapia**

#### Radioterapia externa



Aparelho  
Sala do procedimento

#### Braquiterapia

- \* Complementação do tratamento
- \* Aplicação de uma dose maior
- \* Proteção de órgãos

Sala do procedimento



#### Como o tratamento ocorre?

- \* Encaminhamento: marcação da consulta
- \* Consultas com o médico e enfermeira
- \* São agendadas 3 ou 4 sessões de braquiterapia
- \* Cada sessão ocorre 1 vez por semana
- \* Preparo para o procedimento: aproximadamente 40 minutos
- \* Tratamento (radiação): 5 a 20 minutos



## Sala de espera da Radioterapia



## Passo a passo do procedimento

### Antes de entrar na sala...

- \* Ir ao banheiro: esvaziar a bexiga
- \* Trocar de roupa



## Área supervisionada



## Sala de braquiterapia



Porta de entrada monitorada

## Passo a passo do procedimento



### Na sala de braquiterapia: Preparo

- \* Deitar em posição ginecológica
- \* Introdução da sonda vesical (enfermeira)
- \* Colocação dos materiais de aplicação (médico)
- \* Planejamento do tempo de aplicação da dose prescrita (físico)

## Sala de braquiterapia



Interior da sala

## Braquiterapia

Fonte radioativa



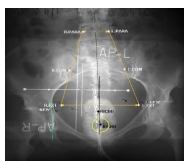
## Planejamento da braquiterapia

Sala de comando da braquiterapia



## Planejamento da braquiterapia

### Raio-X e cálculos



## Passo a passo do procedimento

### Sala de recuperação

- \* Momento para descansar e lanchar
- \* Liberação para voltar para casa!



## E os efeitos colaterais?

### \* Alterações ao urinar

- Irritação na vagina
- Ardor para urinar
- Aumento da frequência de ida ao banheiro

### \* Alterações para evacuar

- Desconforto
- Sangramento
- Diarreia líquida

### \* Estreitamento e ressecamento da vagina

### \* Antecipação de sintomas da menopausa

### IMPORTANTE!

INFORMAR AO MÉDICO  
QUALQUER SINTOMA  
QUE SURTIR

## Cuidados!!!

### \* Sexo:

- Usar camisinha
- Não ter relação sexual um dia antes do tratamento

### \* Gravidez:

- Evitar a gravidez nesse momento

### \* Exercício de dilatação:

- Evitar o estreitamento da vagina
  - ✓ Seringa + preservativo + pomada



## E quando terminar todo o tratamento?

- \* Entrega do relatório médico
- \* Alta da braquiterapia
- \* Retorno ao hospital de origem



## A equipe da braquiterapia...

... se sente honrada por poder cuidar de  
você neste momento!



## Tenha um bom tratamento!!!



**ANEXO M**  
**Mensagens Referentes à Técnica de Visualização Guiada**  
**Relaxamento por Visualização**

Respire pelo nariz. Enquanto inspira lenta e profundamente, contando até três, procure encher de ar primeiramente a parte inferior dos pulmões. O seu diafragma empurrará o abdômen para dar espaço ao ar, depois encha a parte central e por fim a parte superior dos pulmões. Prenda a respiração durante alguns segundos. Expire lentamente esvaziando o abdômen, contando até cinco, e quando tiver esvaziado completamente os pulmões solte o abdômen e o tórax e diga “relaxe” para si mesmo. Repita por três vezes. Prestando atenção aos movimentos do seu corpo ao encher e esvaziar os pulmões.

Quando se sentir preparado, feche os olhos... Continue a respirar profunda, lenta e confortavelmente. Procure ficar totalmente confortável.

Caminhe para um local tranquilo em sua mente... O seu lugar pode ser dentro de casa ou ao ar livre... Ele deve ser tranquilo e seguro... Imagine-se se livrando das ansiedades, das preocupações... Observe a paisagem à distância... Que aroma você sente?... Que sons você ouve? Observe o que está a sua frente... Vá até o objeto e toque-o... Como ele é?... Sinta seu cheiro... Escute-o... Deixe a temperatura agradável... sinta-se segura aí... Olhe ao redor e procure um ponto especial, um ponto particular... Encontre o caminho para este lugar... Sinta o chão com os pés... Olhe para cima... O que você vê?... O que você ouve?... O que você cheira?... Percorra este caminho até chegar ao seu lugar tranquilo, confortável, seguro.

Você chegou ao seu lugar especial... O que há sob os seus pés?... Qual a sensação?... Dê alguns passos... O que você vê acima?... O que ouve?... Você ouve mais alguma coisa?... Apanhe alguma coisa e toque nela... Qual a sua textura?... Tente enxergar o que está ao longe... O que você vê?... O que você ouve?... Quais os aromas que você percebe?...

Sente-se ou deite-se no seu lugar especial... Repare nos seus aromas, nos sons, na paisagem... Este é o seu lugar e aí nada pode lhe fazer mal... Se houver algum perigo aqui, expulse-o. Permaneça de três a cinco minutos percebendo que você está relaxada, segura e confortável.

Agora, concentre seu pensamento no seu corpo... Imagine seu corpo forte e sábio, suas células brancas numerosas e capazes de cuidar de você... Inspire profundamente... expire... relaxe. Lembre-se de que o câncer compõe-se de células deformadas e fracas, que estão sendo eliminadas do seu organismo...

Imagine a braquiterapia que irá fazer sendo útil... imagine a braquiterapia como uma amiga que está ajudando você a sentir-se melhor... Você pode imaginar a braquiterapia enfraquecendo as suas células cancerosas... A braquiterapia está agindo de forma correta na sua situação.

Imagine-se animada e entusiasmada com a braquiterapia... Imagine que seu organismo está cooperando com o tratamento que você escolheu para se curar... Imagine as células brancas do seu organismo indo rumo ao local do tumor... elas localizam então as células cancerígenas e se fixam nelas... alí permanecem fazendo seu trabalho. Imagine as células ruins se enfraquecendo... muxando... muxando.... até estourarem e serem destruídas... Imagine que seu corpo fica livre dessas células que estão sendo eliminadas do seu copo.

E imagine-se como se sentirá quando começar a recuperar seu estado natural de saúde... Suas células brancas estão aumentando e expulsando as células cancerígenas do seu organismo... o câncer poderá diminuir agora. Deixe apenas a mensagem que sua vida é preciosa e deve ser vivida da melhor forma possível e que você está livre para mudar o que for necessário.

Volte a prestar atenção na sua respiração... Comece a ficar consciente do que está à sua volta na sala onde você se encontra... Volte ao seu estado normal de consciência trazendo consigo uma sensação de calma, segurança, força e paz.

**ANEXO N**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle)**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa: “Sistematização e avaliação de programa psicoeducacional para pacientes com câncer de colo do útero em braquiterapia”.

O nosso objetivo é estruturar um programa de atendimento psicológico em grupo e avaliar se o mesmo é eficaz para promover uma melhor qualidade de vida para a paciente com câncer de colo do útero em braquiterapia. Pretendemos, com isso, aprimorar a assistência psicológica que é oferecida a essas pacientes.

Nossa pesquisa será realizada da seguinte maneira:

Você responderá a entrevistas no dia da sua consulta e no primeiro e último procedimento da braquiterapia, aqui no Setor de Radioterapia. Tais entrevistas duram, em geral, 30 minutos, mas será respeitado o seu tempo para respondê-los. Além disso, dados de seu prontuário serão coletados para que se possa ter maiores informações sobre seu quadro clínico. Com essas entrevistas, você fornecerá dados importantes para o planejamento do acompanhamento psicológico de mulheres em braquiterapia.

Você receberá todas as explicações necessárias antes e no decorrer da pesquisa. Tudo o que conversarmos e suas respostas aos questionários e entrevistas não serão divulgados, sendo mantido o mais rigoroso sigilo. Seus dados obtidos em prontuário serão totalmente omitidos. Somente a equipe da pesquisa terá acesso a essas informações.

Você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, poderá interromper a entrevista e questionários, caso se sinta cansada, assim como poderá desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o seu tratamento. Não há previsão de possíveis riscos envolvendo sua participação. Caso você queira receber assistência psicológica ou caso a equipe identifique essa necessidade, você terá acesso a um psicólogo para seu acompanhamento.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por painéis ou apresentações no Setor de Radioterapia do CACON, no HUB e em eventos científicos, podendo inclusive serem publicados posteriormente para contribuir para o aprimoramento do cuidado das mulheres em braquiterapia.

Sua assinatura, abaixo, indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar desta pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra fica com a equipe de pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida, você poderá procurar a pesquisadora responsável (Nadielle de Paula Moura Lira) pelos telefones (61) 3107-6837e (61) 9227-4664 ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pelo telefone (61) 3107-1947 e e-mail: cepfs@unb.br.

**Agradecemos muito a sua confiança e colaboração!**

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
 Nadielle de Paula Moura Lira (Pesquisadora responsável)  
 CRP 01/16153

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

-----  
**Consentimento do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**ANEXO O**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**(Grupo Experimental de Intervenção em Grupo)**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa: “Sistematização e avaliação de programa psicoeducacional para pacientes com câncer de colo do útero em braquiterapia”.

O nosso objetivo é estruturar um programa de atendimentos em grupo e avaliar se o mesmo é eficaz para promover uma melhor qualidade de vida para a paciente com câncer de colo do útero em braquiterapia. Pretendemos, com isso, aprimorar a assistência psicológica que é oferecida a essas pacientes.

Nossa pesquisa será realizada da seguinte maneira:

Você responderá a entrevistas no dia da sua consulta e no primeiro e último procedimento da braquiterapia, aqui no Setor de Radioterapia. Tais entrevistas duram, em geral, 30 minutos, mas será respeitado o seu tempo para respondê-los. Além disso, dados de seu prontuário serão coletados para que se possa ter maiores informações sobre seu quadro clínico.

Você participará de um atendimento psicológico em grupo onde serão oferecidas informações sobre o câncer de colo do útero e a braquiterapia, como também serão ensinadas técnicas psicológicas para ajudar a melhorar sua qualidade de vida durante o tratamento. O atendimento em grupo será realizado em quatro encontros, sendo dois encontros por semana. Dessa forma, ele terá duas semanas de duração. Com esse atendimento em grupo, você poderá aprender a lidar melhor com a doença e a braquiterapia e terá ainda a oportunidade de trocar experiências com pessoas que se encontram na mesma situação.

Você receberá todas as explicações necessárias antes e no decorrer da pesquisa. Tudo o que conversarmos e suas respostas não serão divulgadas, sendo mantido o mais rigoroso sigilo. Seus dados obtidos em prontuário serão totalmente omitidos. Somente a equipe da pesquisa terá acesso a essas informações.

Você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, poderá interromper a entrevista caso você se sinta cansada, assim como poderá desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o seu tratamento. Não há previsão de possíveis riscos envolvendo sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por painéis ou apresentações no Setor de Radioterapia do CACON, no HUB e em eventos científicos, podendo inclusive serem publicados posteriormente para contribuir para o aprimoramento do cuidado das mulheres em braquiterapia.

Sua assinatura, abaixo, indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar desta pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra fica com a equipe de pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida, você poderá procurar a pesquisadora responsável (Nadielle de Paula Moura Lira) pelos telefones (61) 3107-6837 e (61) 9227-4664 ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pelo telefone (61) 3107-1947 e e-mail: cepfs@unb.br.

**Agradecemos muito a sua confiança e colaboração!**

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
 Nadielle de Paula Moura Lira (Pesquisadora responsável)

CRP 01/16153

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**Consentimento do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**ANEXO P**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**(Grupo Experimental de Intervenção Individual)**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa: “Sistematização e avaliação de programa psicoeducacional para pacientes com câncer de colo do útero em braquiterapia”.

O nosso objetivo é avaliar se o atendimento psicológico em elaboração é eficaz para promover uma melhor qualidade de vida para a paciente com câncer de colo do útero em braquiterapia. Pretendemos, com isso, aprimorar a assistência que é oferecida a essas pacientes.

Nossa pesquisa será realizada da seguinte maneira:

No dia da sua primeira consulta no serviço, você participará de um atendimento com a psicóloga e responderá a entrevistas tanto nesse dia como na primeira e última aplicação de braquiterapia, aqui no Setor de Radioterapia. Tais entrevistas serão gravadas e duram, em geral, 30 minutos. Além disso, dados de seu prontuário serão coletados para que se possa ter maiores informações sobre seu quadro clínico.

No atendimento, serão esclarecidas possíveis dúvidas sobre o câncer de colo do útero e a braquiterapia, como também serão ensinadas técnicas psicológicas para ajudar a melhorar sua qualidade de vida durante o tratamento. O atendimento individual será realizado em uma sessão de uma hora de duração. Com esse atendimento, você poderá identificar o modo como tem enfrentado a doença e os tratamentos e terá ainda a oportunidade de compartilhar sentimentos e expectativas em relação à braquiterapia.

Você receberá todas as explicações necessárias antes e no decorrer da pesquisa. Tudo o que conversarmos e suas respostas não serão divulgadas, sendo mantido o mais rigoroso sigilo. Seus dados obtidos em prontuário serão totalmente omitidos. Somente a equipe da pesquisa terá acesso a essas informações.

Você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, poderá interromper a entrevista caso você se sinta cansada, assim como poderá desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o seu tratamento. Não há previsão de possíveis riscos envolvendo sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados por painéis ou apresentações no Setor de Radioterapia do CACON, no HUB e em eventos científicos, podendo inclusive serem publicados posteriormente para contribuir para o aprimoramento do cuidado das mulheres em braquiterapia.

Sua assinatura, abaixo, indica que você leu este termo de consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar desta pesquisa. Esse documento será assinado em duas vias. Uma delas é sua e a outra fica com a equipe de pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida, você poderá procurar a pesquisadora responsável (Nadielle de Paula Moura Lira) pelos telefones (61) 3107-6837 e (61) 9227-4664, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pelo telefone (61) 3107-1947 e e-mail: cepfs@unb.br.

**Agradecemos muito a sua confiança e colaboração!**

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
 Nadielle de Paula Moura Lira (Pesquisadora responsável)  
 CRP 01/16153

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

-----  
**Consentimento do Participante**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.