

A VIVÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS À CESIOMOLDAGEM*

Maria José Clapis **

Marli Villela Mamede ***

CLAPIS, M.J.; MAMEDE, M.V. Vivência de mulheres submetidas à cesiomoldagem. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 131-46, julho 1996

O presente estudo se propôs a identificar as dificuldades e problemas vivenciados pelas pacientes submetidas ao tratamento de cesiomoldagem. Pretendeu ainda oferecer subsídios às enfermeiras para melhor compreensão dessa vivência, quando atuarem como elemento de apoio durante a assistência prestada.

Verificou-se que os problemas e dificuldades observados e relatados pelas mulheres estavam relacionados, principalmente, às imposições inerentes ao tratamento, como: isolamento, proibição de visitas, hospitalização, restrição ao leito, restrição de movimentos, uso de sonda vesical de demora e higiene corporal limitada.

O medo relacionado à doença, ao tratamento e à anestesia, as. orientações parciais ou inexistentes, as lesões na pele, foram queixas que estiveram presentes nas falas da maioria das pacientes deste estudo.

O papel da enfermeira torna-se importante no planejamento da assistência de enfermagem em cesiomoldagem, a partir da compreensão dos problemas e dificuldades vivenciados pelas mulheres submetidas a este tratamento.

UNITERMOS: cesiomoldagem, radioterapia interna, câncer de colo uterino

* Resumo de Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo em 1991

** Professora Assistente do Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

*** Professora Associada do Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Nossa preocupação em trabalhar com estas mulheres surgiu quando participamos da implantação de uma unidade para Tratamento Radioterápico Interno, no Serviço de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Naquele momento sentimos necessidade de aprofundarmos os conhecimentos sobre radioterapia interna e suas implicações na assistência de enfermagem, pois percebíamos que esta assistência estava baseada apenas nas medidas de proteção radiológica, em detrimento das necessidades imediatas das mulheres submetidas a este tratamento.

Além disso, apesar do câncer de colo uterino ter grandes chances de detecção e diagnóstico precoce, sua incidência em estágios mais avançados na população feminina brasileira ainda é motivo de preocupação e estudos. Em vista disso, um grande número de mulheres que procuram os serviços médicos, têm recebido diagnóstico em fases mais avançadas, necessitando de tratamentos especiais.

Para o tratamento do câncer de colo uterino, dois métodos foram amplamente difundidos: a cirurgia e a radioterapia, que pode ser externa e ou interna. Mais recentemente, a quimioterapia neoadjuvante tem sido indicada com a finalidade de aumentar a eficácia da radioterapia por diminuição do volume e extensão tumorais, e melhora do nível de oxigenação; tornar possível a cirurgia com finalidade curativa e também tratar a patologia extrapélvica fora dos campos de irradiação, com menor taxa de complicações (ANDRADE, 1994).

A radioterapia externa, também chamada de Teleterapia é a forma mais comum de tratamento radioterápico e utiliza-se de Raios X ou Raios Gama provenientes de aparelhos de super voltagem (MAMEDE, 1983).

A radioterapia interna (Braquiterapia) utiliza-se de pequenas fontes radioativas aplicadas superficialmente ou implantadas em um tumor. Para isso utiliza-se de um sistema intra-cavitário, que é o lugar onde a fonte radioativa permanece dentro de uma cavidade corporal. No caso do tratamento do câncer de colo uterino esta cavidade corporal é o canal vaginal e recebe a denominação de Cesiumoldagem ou Radiomoldagem de acordo com o tipo de elemento radioativo utilizado (Césio 137 ou Rádio 226).

Para a realização deste tratamento preconiza-se cuidados especiais para proteção radiológica permanecer em quarto isolado que deverá ter suas paredes blindadas e/ou haver placas móveis de chumbo, proibição de visitas, além dos cuidados com a própria paciente. Assim as pacientes deverão ser orientadas de que não devem movimentar a pelve e nem mudar de decúbito, pois pode haver deslocamento do sistema o que é prejudicial, ou seja, pode irradiar uma área que não aquela planejada, causando problemas como aderência vaginal e/ou fístulas.

Deverá ainda permanecer com cateter intra-vesical durante todo o período do tratamento, receberá dieta sem fibras e fórmula constipante para evitar evacuações enquanto estiver com o sistema intravaginal, pois é contraindicada a utilização de comadres, para que não haja deslocamento dos aplicadores.

Os elementos da equipe de enfermagem que cuidam da paciente devem evitar exposições excessivas, portanto, devem planejar cuidadosamente a assistência, de modo a agir com eficiência, pois os cuidados prestados de modo apressado são prejudiciais. Deverão basear-se nos princípios de proteção radiológica, uma vez que são responsáveis pelos cuidados integrais a estas pacientes.

Considerando as condições em que a mulher se encontra durante este tratamento tais como: permanecerem isolamento, sem receber visitas, acamada, recebendo cuidados higiênicos mínimos, impossibilitada de movimentar-se, com dor localizada e generalizada, com sonda vesical de demora, odor forte exalado pelas células destruídas, além de fórmulas constipantes que causam desconforto intestinal; há necessidade de cuidados físicos especiais e apropriado apoio emocional.

Por outro lado, para que a assistência de enfermagem a estas pacientes seja de boa qualidade não basta ter uma equipe com treinamento especial em manuseio de pacientes com fontes radioativas. A equipe, como um todo, necessita ter habilidades especiais de forma a possibilitar a tais pacientes percorrer a trajetória terapêutica de uma forma menos sofrida.

Com base no exposto e tendo em vista as condições como a mulher encontra-se durante este procedimento, passaremos ao enfoque de nosso estudo que é:

evidenciar como a paciente vivência essa forma de tratamento, quando a ele submetida; oferecer subsídios às enfermeiras, para melhor compreensão dessa vivência, quando atuarem como elemento de apoio durante a assistência prestada.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Traçados os objetivos, procuramos selecionar um método que possibilitasse a coleta de dados de forma sistemática, sendo que a técnica do incidente crítico mostrou-se aplicável, uma vez que permite identificar situações reais do cotidiano suas conseqüências, segundo relatos dos sujeitos que vivenciam uma determinada situação.

A técnica do incidente crítico, segundo FLANAGAN (1973), consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentam significação especial, e para o encontro de critérios sistematicamente definidos.

Na enfermagem brasileira esta técnica tem sido utilizada em vários estudos como análise de comportamentos da equipe de enfermagem (NOGUEIRA, 1988), na administração de enfermagem (RAMOS, 1980), planejamento da assistência de enfermagem (CHIANCA, 1992; SALVARANI, 1991).

A essência da técnica consiste em solicitar do observador ou sujeitos envolvidos numa atividade, tipos simples de julgamentos ou relato de situações e fatos que são avaliados pelo pesquisador em função da concordância/discordância destes julgamentos ou relatos, com o objetivo e natureza da atividade ou situação que se deseja estudar (NOGUEIRA, 1988).

Segundo POLIT & HUNGLER (1983) esta técnica é de grande utilidade para a enfermagem quando se deseja elucidar comportamentos relativos à prática.

Para essas autoras, a técnica do incidente crítico é um método de obtenção de informações sobre o comportamento de uma amostra através de exame específico dos incidentes relativos aos comportamentos sob investigação.

Caracterização da amostra

A população deste trabalho constou de mulheres submetidas ao tratamento radioterápico interno, admitidas no serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, no ano de 1989, perfazendo um total de onze mulheres.

Observamos que houve uma grande variabilidade da faixa etária entre as mulheres estudadas - de 28 a 74 anos - sendo que a média foi de 53 anos. Quanto ao estado civil 5 (45%) eram casadas, 4 (36%) viúvas e nenhuma referiu ser solteira.

Verificamos também que a grande maioria das mulheres era múltipara, sendo que 7 (63,6%) delas tiveram 4 ou mais filhos, e apenas 3 (27,2%) tiveram um ou dois filhos. Ressalta-se que nenhuma era nulípara, o que confirma os dados epidemiológicos.

A hospitalização ocorreu em média de 4 a 5 dias. O tempo de irradiação variou de 30:19 horas a 80:03 horas, com uma média de 56,33 horas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada levando-se em consideração duas unidades de análise: o universo vivido pela mulher durante o tratamento radioterápico interno, ou seja, o contexto e o espaço físico; e os relatos das dificuldades vivenciadas pela mulher em tratamento.

Para que pudéssemos apreender a mulher em suas vivências durante a cesiomoldagem fizemos pelo menos duas visitas diárias a cada paciente durante todos os dias do período de tratamento, onde procurávamos identificar suas dificuldades.

Após a retirada do elemento radioativo, quando a mulher encontrava-se em

condições confortáveis foi realizada uma entrevista para levantamento dos incidentes críticos, com duas questões básicas:

1. Pense no período que você ficou em tratamento. Pense em algo bom ou agradável que aconteceu neste período. Conte-me exatamente como foi;
2. Pense no período que você ficou em tratamento. Pense em alguma coisa ruim ou desagradável que aconteceu. Conte-me exatamente como foi.

Com os dados coletados passamos à análise dos mesmos.

O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

As informações de um estudo dos incidentes críticos são levantadas basicamente através de análise de conteúdo dos incidentes. Estes são lidos, agrupados segundo a temática e, então categorizados (POLIT, 1983).

Seguindo esta orientação, iniciamos a análise dos dados fazendo, numa primeira fase, a leitura dos relatos observados de cada paciente. Nesta primeira leitura percebemos que seria importante agruparmos as ocorrências de cada sujeito de acordo com as fases do tratamento, as quais denominamos: internação, colocação do sistema, tratamento e retirada do sistema.

Em uma segunda fase de avaliação dos dados pré-categorizados por paciente, percebemos que existiam problemas e dificuldades semelhantes em todas as mulheres do estudo e uma nova categorização foi efetuada. Esta Segunda categorização foi feita de acordo com os problemas e dificuldades comuns relatados pelas mulheres, tais como os relacionados às situações imposta pelo tratamento, ao medo, às orientações recebidas sobre o tratamento, à presença de dor, à presença de lipotímia após a retirada do sistema, ao clima e ambiente físico, ao planejamento da dose de radiação, ao aparecimento de lesões na pele, à alimentação e períodos críticos do tratamento. Esta categorização não seguiu critérios pré-estabelecidos. Foram formando-se a partir das falas das mulheres e relacionadas com as fases de evolução do tratamento.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos problemas e dificuldades da mulher submetida a cesiomoldagem, analisamos os dados de acordo com as categorizações efetuidas, levando em consideração a situação vivenciada, o comportamento

emitido e a conseqüência deste, revelados nos discursos das mulheres submetidas a este tratamento.

1. Problemas e dificuldades relacionados às situações impostas pelo tratamento

Devido à emissão de radiação e como uma das normas de proteção radiológica, vários autores (EZZEL, 1971; LEWIS & LEVITA, 1988; MAMEDE, 1983; MASON, 1974; SMITH, 1975) preconizam o isolamento da paciente em enfermaria simples. Este fato tornou-se um fator estressante e foi evidenciado quando várias mulheres expressaram suas preocupações com o isolamento antes de iniciarem o tratamento. Outras sentiam-se incomodadas dizendo: *ficar sozinha é ruim. por estar sozinha ficava pensando coisas ruins*. Porém com o decorrer do tratamento, algumas mudaram de opinião dizendo: *o isolamento foi suportável e não tão rigoroso o quanto eu havia imaginado, sempre que precisei tinha alguém para atender*. Também encontramos mulheres que não se preocupavam em ficar sozinhas: *gosto de ficar sozinha, não tive problemas com o isolamento, ou ainda que os cuidados e a atenção da equipe de enfermagem deixaram-me tranqüila*.

Para outras ficar sozinha, foi a oportunidade para repensar seu espaço de vida evidenciado por discursos como: *ficar sozinha possibilitou a reflexão sobre a minha vida, foi bom para meditar*. Aparentemente o fato de estar sozinha não lhes trouxeram novidade, como se isto já fizesse parte de sua vida. Como também fica evidente que a solidão por si só, vivenciadas por elas no seu cotidiano e as tarefas a elas atribuídas não lhes dão a oportunidade de repensar seu espaço de vida.

Ainda observamos que algumas intervenções como: visitas da equipe de enfermagem, ou promoção de distração (ouvir rádio, ler, etc.) podem minimizar a sensação de isolamento: *as enfermeiras me trouxeram revistas, foi bom ter trazido rádio, etc.*

SEDHOM & YANNI (1985) ressaltam que intervenções como pequenas visitas da equipe de enfermagem, ouvir rádio, assistir televisão, ler, etc.; podem minimizar o sentimento de isolamento do paciente submetido à radioterapia interna.

A proibição de visitas foi um fator negativo para algumas pacientes quando expressaram: *preocupação com a família, preocupação com a doença da mãe que é chagásica e do filho que estava com febre, preocupação com o marido que é velho e doente*. Nesses casos ficou evidente para nós que a falta de notícias gerou ansiedade e nervosismo.

Também ficou evidente que a falta de uma explicação dos motivos pelos quais a visita é proibida foi motivo de tensão e ansiedade: *não sei porque não posso receber visitas*. HOGAN (1983) resalta que os pacientes devem ser orientados sobre a restrição de visitas e quanto tempo ficarão em isolamento. Por outro lado, observa-se a importância da orientação pré-tratamento quando uma paciente relatou: *eu estava tranqüila e não me preocupei, pois sabia que não poderia receber visitas*.

Também as interações pessoais, tanto da equipe de enfermagem, quanto de familiares, têm um papel fundamental como podemos perceber nas falas: *não me preocupei por não receber visitas, pois, recebi muitos cuidados e carinho do pessoal*, outra paciente dizia: *estou feliz com a vida* - após ter recebido carta do namorado. Assim acreditamos que é papel da enfermeira facilitar e promover essas interações, estimulando tanto a equipe de enfermagem, quanto as pessoas de relação da paciente.

Como a proibição de visitas trouxe conseqüências para algumas mulheres como: ansiedade, angústia, medo, saudade, etc., a nosso ver é uma situação que não deve ser imposta como rotina. E neste momento que um planejamento individualizado facilitaria a atenção às necessidades da mulher em cesariomoldagem.

Vários autores colocam que não há necessidade de proibir visitas. MAMEDE (1983) diz que as visitas devem ser evitadas neste período. SUTTON (1970) e EZZEL (1971) dizem que as visitas para parentes não devem ser proibidas, com exceção das crianças e mulheres grávidas. No entanto, o tempo deve ser limitado a 30 minutos para cada visitante ou, 1 hora por dia, numa distância mínima de 1,80cm de cama do paciente (EZZEL, 1971 ; LEAHY, 1981). Além disso, os visitantes precisam ser informados sobre a radioatividade e a necessidade de proteção por barreiras (MARTIN, 1971).

As pacientes em tratamento de cesariomoldagem deverão permanecer deitadas em posição dorsal enquanto o elemento radioativo estiver irradiando seu corpo. A restrição ao leito, associada à restrição de movimentos foi um dos aspectos mais difíceis relatados pelas mulheres nesse estudo. Algumas choravam freqüentemente, diziam: *estou ansiosa, não consigo manter-me na posição*. Para outras manter-se na posição foi um desafio quando diziam: *estou me esforçando para agüentar até o fim, a posição no início é incômoda, mas no final é quase insuportável, estou cansada de ficar na mesma posição*.

Também encontramos mulheres que não compreenderam que a restrição de movimentos é relativa a algumas partes do corpo e uma perguntou *posso movimentar alguma parte do corpo?* Quanto à movimentação de partes do corpo, EZZEL (1971) sugere mexer as pernas, mas mantê-las estendidas, QUEIROZ (1981) indica movimentação ativa dos membros superiores e Inferiores.

Em nossas observações evidenciamos que movimentos de flexão e extensão das pernas, quando realizados suavemente, não modificam a posição do sistema e minimizaram os desconfortos causados pela restrição de movimentos HOGAN (1983) também indica o uso de um pequeno travesseiro na região lombar, antes que a fadiga e o desconforto venham ser um grande problema.

Outro problema evidenciado foi o preparo do leito. A literatura de enfermagem não discute o modo como deve ser preparado o leito para a cesariomoldagem. HOGAN (1983), indicando medidas de promoção de conforto, orienta que a cama seja feita com roupas limpas. SUTTON (1970) preconiza a troca de forros perineais sempre que necessário, desde que assegure-se que o sistema intra-cavitário não se afrouxou.

No serviço em estudo instituiu-se como rotina não trocar roupas de cama

e forro perineal levando-se em conta a possibilidade de deslocamento do sistema intra-cavitário, Porém, essa situação aumentava o desconforto físico, conforme evidenciado nas falas: *sinto-me incomodada, pois tenho a sensação de estar assada, estou com calor nas costas, as dobras do lençol estão incomodando,*

Acreditamos que a melhor maneira de preparar um leito para as mulheres submetidas à cesiomoldagem, seria seguir a forma convencional, lembrando porém que, tecidos plastificados (colchão e móvel) devem ser evitados pois intensificam o desconforto provocado pela restrição ao leito e as roupas devem ser trocadas sempre que necessário.

O uso do sistema intra-cavitário também contra-indica o uso de comadre pela possibilidade de deslocamento (EZZEL, 1971; QUEIROZ, 1981; SMITH, 1975; WELSH, 1967). Com isso deve-se evitar evacuações, o que foi um grande problema para algumas mulheres que apresentavam queixas como: *estou com cólica intestinal, tenho medo de evacuar, estou com vontade de evacuar.* Gostaríamos de ressaltar que, nesses casos, devemos considerar as reais queixas das pacientes, uma vez que a mucosa intestinal é muito sensível à radiação e comumente pode provocar diarreia (ROTMAN, 1977; SMITH, 1975). Além de que, houve casos em que após a retirada do sistema algumas mulheres evacuaram em grande quantidade, fezes líquida, mesmo fazendo uso de fórmula e dieta constipante.

A prática segura da assistência de enfermagem para um paciente recebendo radioterapia interna, está ligada aos princípios universais de proteção radiológica, que são: o tempo, a distância, e a blindagem, Em nosso estudo, o tempo foi o único princípio que as mulheres referiram durante a realização do tratamento, apesar do leito ser protegido com blindagens laterais e a equipe estar orientada que a distância é apontada como o meio mais eficaz de proteção radiológica.

O princípio do tempo ordena que deve-se dispensar uma quantia mínima de tempo com um paciente que tem uma fonte radioativa dentro dele, pois quanto menor o tempo de permanência próximo à fonte de radiação, menor a dose recebida.

Observamos que a equipe tinha a preocupação de ficar o menor tempo possível na enfermaria, Isto também pode ser notado pelas falas: *ficavam pouco tempo no quarto.* Também é importante ressaltar que as pacientes devem conhecer o motivo pelo qual a equipe presta o cuidado num curto espaço de tempo, Algumas mulheres diziam: *gostaria que alguém ficasse mais tempo no quarto para conversar, percebia que as pessoas entravam e saíam rapidamente - acho que estavam atarefadas.* Interessante notar que nenhuma paciente expressou sentimentos de rejeição ou percebeu medo por parte da equipe.

É importante enfatizar que o uso destes princípios não significa não atender às necessidades de enfermagem da paciente, mas sim atendê-las de forma adequada quanto à proteção radiológica.

Dentre outros cuidados, também está indicado o uso de sonda vesical de demora durante todo o período do tratamento, Para WELSH (1967) a sondagem

vesical serve de parâmetro para avaliação da posição do aplicador, além de proporcionar conforto, pois ocorre uma diminuição da capacidade do volume urinário (devido à pressão do sistema e do tamponamento). Deve-se levar em conta ainda a contra indicação do uso de comadre, além de que, se a bexiga ficar distendida, poderá ser incluída no campo de irradiação.

Este é um aspecto importante para a assistência de enfermagem, sendo indispensável o controle do volume urinário. Porém, o uso da sonda vesical de demora, foi motivo de preocupação quando algumas mulheres referiram: *acho que a sonda saiu, a cama está molhada de urina*. Além disso, encontramos queixas de desconforto: estou com sensação de dor e ardor no canal da urina. Ainda fica o alerta de que é importante orientar os motivos da sondagem vesical, bem como seu procedimento, pois observamos que *ansiedade, reclamações de dor no baixo ventre e sensação de bexiga cheia* foram aliviados após esclarecimentos. Porém devemos avaliar cada caso, pois encontramos situações em que a bolsa coletora de urina estava com defeito e o leito encontrava-se molhado de urina.

A restrição da higiene corporal para as mulheres em cesiomoldagem tem duas preocupações básicas: a mudança da posição dos aplicadores alterando a direção da radiação e os níveis de radiação recebidos pelo pessoal de enfermagem.

Para EZZEL (1971), o banho e a troca de roupa não são restritos, mas devem ser feitos com cuidado para não deslocar o aplicador. Da mesma forma, MAMEDE (1983) refere que não se deve realizar os cuidados perineais, no entanto, prestam-se os demais cuidados higiênicos diários, mas sempre assegurando-se que os aplicadores não se afrouxaram. Porém HOGAN (1983) contra indica o banho.

Como no serviço em estudo a higiene corporal limitava-se à higiene oral e toilette, algumas pacientes queixaram-se dizendo: *o pior de tudo é ficar sem tomar banho*. No entanto, medidas paliativas como oferecer pano úmido para passar no corpo parece funcionar como alívio para os dias muito quentes: *foi difícil ficar sem tomar banho, pois transpirava muito devido ao calor. Sentia-me melhor quando passava um pano molhado, mas a vontade era de entrar no chuveiro*.

Acreditamos que proporcionar uma higiene corporal para paciente acamado, com cuidados para não movimentar a pelve, (manipulação em bloco, com duas pessoas) não traria danos (pois não haveria deslocamento do sistema), mas sim diminuiria os problemas e dificuldades que a mulher em cesiomoldagem necessita enfrentar.

Além disso, verificando o Relatório Anual da Comissão Nacional de Energia Nuclear (1989), observamos que os elementos da equipe de enfermagem que trabalharam com estas pacientes estiveram expostos à quantidade de radiação bem inferior às doses máximas legais.

2. Problemas e dificuldades relacionados ao medo

Algumas pacientes verbalizaram que após o conhecimento do diagnóstico, passaram a ter medo de tudo, principalmente da morte, O que gerou segundo elas:

ansiedade e desespero. E que a partir daí resolveram submeter-se a qualquer tipo de tratamento na esperança de cura.

Quanto ao tratamento, a maior preocupação era se causava dor e o medo da dor, Além disso, outra mulher mostrava-se preocupada e dizia: *tenho medo da progressão da doença porque o tratamento é muito demorado e acho que somente a cirurgia é definitiva.*

Algumas pacientes referiram medo de anestesia quando estavam sendo orientadas sobre os procedimentos do tratamento. Outras associaram a *sofrimento com anestesia recebida anteriormente.*

Após terem vencido as dificuldades e desconfortos decorrentes do tratamento, algumas pacientes enfrentaram preocupações que estavam associadas às experiências vivenciadas anteriormente com a doença, ou mesmo àquelas experimentadas durante o período da cesiomoldagem. Dessa forma, o medo foi relatado como: *medo de voltar a hemorragia, medo de operar, medo de fazer outro tratamento, etc.*

3. Problemas e dificuldades relacionados às orientações recebidas

Para algumas mulheres que receberam orientação sobre as condições do tratamento, observamos alguns comportamentos que refletiram aumento de ansiedade e preocupações sentidas por elas, como pode ser visto nas seguintes falas: *acho que o aparelho saiu do lugar, tenho medo de evacuar.* Outras acharam importante conhecer antecipadamente as condições a que iriam submeter-se: *acho que a pessoa deve estar muito bem preparada para suportar as dificuldades do tratamento.* Algumas receberam orientações parciais: *vim para o hospital sem saber que ficaria internada, acho que internei para operar.* As orientações fragmentadas, também foram motivo de questionamentos posteriores: *porque tenho que ficar sozinha?, não sei porque preciso ficar neste quarto sozinha.*

Como podemos perceber, as orientações não podem ser passadas de forma apressada e superficial. Desse modo, acreditamos que estas devem ser fornecidas de forma mais completa possível e à paciente deve-se oferecer oportunidade para expor suas dúvidas além de ser encorajada a fazer perguntas, conforme ressaltado por MAMEDE (1983).

Desta forma, acreditamos que a enfermeira ocupa uma posição de destaque para esclarecimentos de dúvidas e para atuar como elemento de apoio nos momentos de apreensão e ansiedade.

Vários autores (WELSH, 1967; HOGAN, 1983; HOLLAND, 1977) referem que conhecer o tratamento, a resposta esperada e os efeitos colaterais, podem ajudar o paciente a diminuir seu desconforto.

4. Problemas e dificuldades relacionados à presença de dor

O câncer e a radioterapia são vistos como potenciais causadores de dor e, portanto, motivos de sofrimento.

Quando as mulheres verbalizaram preocupação em sentir dor, esta

preocupação estava relacionada ao tratamento radioterápico em si. Porém com a evolução deste, percebemos que os motivos relatados para o aparecimento de dor estavam relacionados principalmente com condições que o tratamento impõe como: posição no leito e restrição de movimentos (*dor nas costas, dor no corpo*), lesões na pele (*queimação, foi o que mais incomodou*), uso do sistema intracavitário (dor na vagina, intensa cólica uterina), retirada do sistema (*foi a etapa mais difícil do tratamento; apesar da dor, sinto-me aliviada por retirar o aparelho*) e restrição de evacuações (cólica intestinal).

A prescrição de medicações analgésicas foi indicada como uma medida positiva para o alívio da dor para a maioria das pacientes. Só não foi efetiva em casos de estadiamento avançado do câncer, de lesões na pele e cólicas intestinais.

5. Problemas e dificuldades relacionados à presença de lipotimia

Após o período de tratamento, observamos que algumas pacientes ao levantarem-se do leito, apresentavam lipotimia, que variava de intensidade dependendo de cada caso.

Algumas continuaram referindo fraqueza, cansaço, forte tontura ao levantar, etc. Talvez deva-se fazer uma avaliação mais detalhada quanto as causas desse mal estar como: período que esteve acamada, anestesia, anorexia, estado físico geral, além dos efeitos da radiação que podem levar à fadiga e depressão mental.

6. Problemas e dificuldades relacionados ao clima e ambiente físico

O clima quente da região e falta de ventilação adequada na enfermaria, que deve permanecer com a porta fechada, foi observado em queixas como: *sinto muito calor, isto é o que mais incomoda, estou transpirando muito, sinto vontade de tomar banho*. Devemos ressaltar ainda que o uso de colchão forrado com plástico piora esta situação, o que deve ser levado em consideração no planejamento da assistência de enfermagem a estas mulheres. Deve-se pensar ainda, na solução definitiva desta situação com a instalação de um aparelho de ar condicionado.

Outros problemas como claridade de janela, medo de temporal (com trovões e relâmpagos) foram situações encontradas nas assistências à mulher em cesiomoldagem.

7. Problemas e dificuldades relacionados ao planejamento da dose de radiação

A situação de indefinição do tempo de irradiação foi motivo de queixas da maioria das pacientes. Observamos que, por não saberem o tempo que deveriam permanecer em tratamento, as pacientes ficaram ansiosas, *referindo preocupação, angústia*, perguntando freqüentemente *quanto tempo duraria*.

Interessante notar que, a partir do momento que algumas pacientes receberam a informação sobre o período de tratamento, tornaram-se mais tranquilas e não voltaram a questionar sobre isto. Desta forma vemos que, se os cálculos do planejamento pudessem ser realizados o mais rápido possível, as pacientes seriam aliviadas de tensão e ansiedade.

8. Problemas e dificuldades relacionados ao aparecimento de lesões na pele

Acreditamos que a restrição ao leito, associada à restrição de movimentos, à ausência de higiene e cuidados com a pele, à ação de radiação, além do uso de esparadrapo para fixação externa do sistema, levam ao aparecimento de lesões na pele, tipo *assadura* e *queimadura*, principalmente nas regiões sacra e glútea. Esta intercorrência foi relatada por algumas pacientes como a mais crítica, como podemos observar nestas falas: *é o que mais provoca dor e desconforto, foi o que mais incomodou,*

Acreditamos que estudos específicos devam ser realizados para melhor elucidar esta questão. Estas pesquisas não podem deixar de analisar o papel do esparadrapo enquanto um material que na sua constituição contém metal (zinco) e que, de uma certa forma, estaria intensificando a potência da radiação recebida na pele.

Esta nossa hipótese fica fortalecida quando observamos que mudando o tipo de esparadrapo para anti-alérgico, apareceram lesões do mesmo tipo nas regiões próximas ao esparadrapo.

Desta forma, reforçamos a idéia de que pesquisas precisam ser realizadas para testar essa hipótese e formas alternativas para fixação externa dos aplicadores vaginais deverão ser buscadas.

9. Problemas e dificuldades relacionados à alimentação

Observamos ainda que algumas queixas como posição no leito, dor, tempo de tratamento, foram relatadas como causa de inapetência e mudanças nas preferências alimentares.

A necessidade de manter-se na mesma posição, dificultando a alimentação foi uma das queixas das pacientes: *é ruim ficar com migalha de comida na roupa, é ruim não poder sentar para comer, derrubei feijão no lençol e estou preocupada porque sujou.*

A presença de dor também foi motivo para algumas pacientes recusarem a dieta: não consigo comer quando estou com dor. Ainda a dor devido à cólica intestinal e distensão abdominal foram as causas mais freqüentes apontadas pelas pacientes para não aceitação da alimentação e inapetência: má digestão, sinto o estômago cheio.

Além disso, observamos que conforme o tratamento evoluía, as pacientes

passavam a não aceitar alimentos sólidos, dizendo *preferir sucos, frutas e sopas*.

Por esse motivo acreditamos que a nutricionista, num trabalho conjunto com a enfermeira, deva adaptar o cardápio das dietas de acordo com as preferências da paciente.

10. Períodos críticos do tratamento

A partir de nossas observações, encontramos que um número considerável de queixas começou a partir de 20 horas de tratamento. Assim, de acordo com a evolução do tempo de tratamento, as queixas das pacientes apresentaram intensidades diferentes: como podemos observar nestes relatos: é muito difícil ficar nesta posição, não vejo a hora de terminar o tratamento (21 horas de tratamento); não agüento mais ficar dentro do quarto, tenho vontade de sair correndo (23 horas de tratamento); estou feliz em saber que o aparelho será retirado daqui a uma hora (44:30 horas de tratamento); não vejo a hora de retirar o aparelho, pois não suportaria ficar mais tempo nesta mesma posição, (55 horas de tratamento, faltando 4 horas para o término do mesmo)

Assim nestes momentos considerados críticos pelas pacientes, a equipe deve estar preparada para atuar como apoio para as necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho realizado com mulheres submetidas a cesiomoldagem identificamos situações vivenciadas por elas durante este período que foram fontes de ansiedade, depressão, angústia e medo, etc.

Os problemas e dificuldades vivenciados, observados e relatados pelas mulheres, estavam relacionados, principalmente, às condições impostas pelo tratamento como: isolamento, proibição de visitas, hospitalização, restrição ao í,Jeito, restrição de movimentos, uso de sistema intra-cavitário, uso de sondagem vesical de demora e higiene corporal limitada.

Os resultados também evidenciam que intervenções de enfermagem foram importantes para o alívio destes desconfortos, de modo que podem auxiliar a mulher a percorrer o tratamento de forma mais amena. Consideramos ainda que orientações realizadas pela equipe médica e de enfermagem, abordando o tratamento e as situações que o envolvem, são de extrema importância para aliviar a ansiedade e tensões das mulheres.

Evidenciam ainda que a assistência prestada a mulher submetida à cesiomoldagem deve contemplar além dos aspectos físicos, os sociais e emocionais,

o que contribuirá na participação mais ativa da mesma em todo o processo do tratamento.

Além disso, tendo em vista que o tratamento exige um grande controle emocional da mulher, a enfermeira tem um papel fundamental enquanto elemento de apoio na assistência a ela prestada.

Questionamos a procedência da restrição da higiene corporal e propomos que pesquisas sejam realizadas nesse sentido de forma a que se tenha melhor fundamentação da pertinência dessa recomendação.

Outro ponto polêmico é a utilização de esparadrapo para fixação externa do sistema intra-cavitário, que se apresenta como área de interesse para a pesquisa em enfermagem.

Outro aspecto para pesquisa em enfermagem que teria implicações importantes para o planejamento da assistência à mulher em cesiomoldagem, e a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado dessas pacientes.

Assim, acreditamos que através deste trabalho, conseguimos evidenciar os principais problemas e dificuldades vivenciadas pelas mulheres submetidas a este tratamento. Desta forma, procuramos contribuir para um planejamento da assistência de enfermagem, embasado nas reais necessidades destas mulheres.

EXPERIENCES BY WOMEN SUBMITTED TO SEALED INTERNAL RADIOTHERAPY

The objective of the present study was to determine the main difficulties and problems experienced by patients submitted to sealed internal radiotherapy as well as to provide guidance for nurses to better perceive the difficulties experienced by the patients and act as an element of support while giving care.

The problems and difficulties observed and reported by the patients were mainly related to the impositions of treatments, such as isolation, prohibition of visits, hospitalization, bed confinement, restriction of movements, use of the intracavity system, measures of radiological protection, use of a delay bladder tube, and limited personal hygiene.

Fear related to treatment and anesthesia, partial or absent orientation and skin lesions were the complaints voiced by most of the patients in the present study.

The role of the nurse is important in planning nursing care in sealed internal radiotherapy, especially when nurses understand the problems and difficulties experienced by women submitted to this treatment.

UNITERMS: Sealed internal radiotherapy, radiotherapy internal, cervical – uterine carcinoma

VIVENCIA DE MUJERES SOMETIDAS A RADIACIÓN DE CUELLO UTERINO

El presente estudio se propone la identificación de las dificultades y problemas vividos por pacientes sometidas al tratamiento de radiación de cuello uterino. Además, pretendió ofrecer conocimientos a las enfermeras, para que puedan identificar mejor las dificultades vividas por las pacientes y actuar como elemento de apoyo en esta asistencia.

Las autoras han comprobado que los problemas y dificultades observados y relatados por las mujeres están relacionados, principalmente, con las imposiciones inherentes al tratamiento, como: aislamiento, prohibición de visita, hospitalización, restricción al lecho, restricción de movimientos, uso de sonda vesical de demora e higiene corporal limitada,

El miedo relacionado con la enfermedad, el tratamiento y la anestesia, las orientaciones parciales o inexistentes, las lesiones en la piel fueron quejas que estuvieron presentes en las declaraciones de la mayoría de las pacientes de este estudio.

El papel de la enfermera se torna importante en la planificación de la asistencia de enfermería en radiación de cuello uterino, a partir de la comprensión de los problemas y dificultades vividos por las mujeres sometidas a este tratamiento,

TÉRMINOS CLAVES: *radiación de cuello uterino, radioterapia interna, cáncer de cuello uterino*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDRADE, J.M. et al. Carcionoma avançado do colo do útero: tratamento inicial pela quimioterapia. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 40, n. 4, p.191-195, 1994.
02. CHIANCA, T.C.M. **Uma visão sistêmica do transporte de paciente cirúrgico.** Ribeirão Preto, 1992. 126 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
03. EZZEL, A. Diseases of the female reproductive system. In: MOIDEL, H.C. et al. **Nursing care of the patient with medical surgical disorders.** New York: McGraw-Hill Book, 1971, p.1161-1181.
04. FLANAGAN, J.C. Técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. Psic. Aplicada**, v, 25, n. 2, p. 99-141, abr.jun., 1973.
05. HOGAN, R.; XISTRIS, D. Neoplasia. In: Medical-Surgical Nursing concepts and clinical practice, 2^a ed. USA: C. V. MOSBY, 1983. p. 490-497.

06. HOLLAND, J. Psychological aspects of oncology. **Med. Clin. North Am.** v. 61, n. 4, p. 737-748, 1977.
07. LEAHY, J. Nursing care of the cancer patient: radiation therapy. In: KURTZ, R. B. & OWENS, S. N. Nursing care of the cancer patient. 4^a ed. St. Louis. C.V. Mosby, 1981, p. 96-132.
08. LEWIS, F.; LEVITA, M. Understanding radiotherapy. **Cancer Nurs.**, v. 11, n. 3, p. 174-185, 1988.
09. MAMEDE, M.V. Assistência de Enfermagem em radioterapia. **Rev. Paul. Enfermagem.**, v. 3, n. 2, p. 54-57, 1983.
10. MARTIN, D. M. The medical patient. In: MOIDEC, M.C. et al. Nursing care of the patient with Medical-Surgical Disorders. New York, M.C. Hill. Book Company, 1971, p. 437-444.
11. MASON, M.A. **Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 3^a ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1974. p.102-106.
12. NOGUEIRA, M. S. **Incidentes críticos da passagem de plantão.** Ribeirão Preto, 1988. 109 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
13. POLIT, D. F.; HUNGLER, B.B. **Nursing research principles and methods.** Philadelphia: J. B. Lippincot, 1983
14. QUEIROZ, M.L.; MARX,L.C. Considerações e rotinas de enfermagem utilizadas em radium-moldagem. **Rev. Paul. Enfermagem**, p. 21-22, jan/fev 1981.
15. RAMOS, D.S. **A técnica do incidente crítico: uma aplicação em administração de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1980. 64p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
16. ROTMAN, M. et al. Supportive therapy in radiation oncology. **Cancer**, v. 39, n. 2, p. 744-750, 1977.
17. SALVARANI, M.C.C. **O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira.** Ribeirão Preto, 1991. 94 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
18. SEDHOM, L.N.; Y ANNI, M.I.Y. Radiation Therapy and nurse's fears of radiation exposure. **Cancer Nurs.**, v.8, n. 2, p. 129-134, 1985.
19. SMITH, D.M.; GERMAIN, C.P.H. **Care of adult patient**, 4^a ed. Philadelphia: J.B. Lippin, 1975. p. 271-294.
20. SUTTON, A.L. Radioterapia. In: Enfermería practica en medicina y cirugia. 2^a ed. México: Interamericana, 1970. p. 19-31.
21. WELSH, M.S. Confort measures during radiation therapy. **Am.J.Nurs.**, n. 67, p. 1880-1882, 1967.