

O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO PARA O CANCER DO COLO DO ÚTERO: SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS

Raquel Sant' Anna Couto¹

Dejeane O. S. Barros²

Resumo. O estudo tem como objeto, sentimentos de mulheres idosas com câncer do colo do útero frente ao tratamento de radioterapia. O objetivo foi conhecer os sentimentos dessas mulheres frente ao tratamento radioterápico, tendo como objetivo específico: descrever esses sentimentos. A investigação foi desenvolvida na enfermaria da radioterapia do Hospital de referência para o tratamento do câncer, na cidade de Itabuna, Estado da Bahia. Os sujeitos foram seis idosas com diagnóstico de câncer do colo do útero, internadas na referida instituição. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, tendo como questões norteadoras: exame preventivo e sua continuidade no tempo, consciência do tratamento, início do tratamento radioterápico, tempo de aplicações, o que sente e pensa sobre o tratamento (aplicações), como tem sido a vida, a partir do tratamento. Os resultados mostraram a realidade vivida pelas mulheres que têm pouca ou nenhuma informação sobre a doença, o diagnóstico tardio, a falta de esclarecimento sobre o tratamento empregado e a saudade pela separação dos familiares. A fé foi o sentimento mais comum entre as entrevistadas, seguido da tristeza e do

1 Enfermeira, Especialista em Gerontologia

2 Enfermeira, Profa. Assistente do Departamento de Ciências da Saúde. UESC, Ilhéus, Bahia

medo. Todos os sentimentos observados vinham em um misto de saudades dos familiares e dos lares.

Palavras-chaves: Sentimentos, Idosas, Câncer do colo do útero, radioterapia.

Abstract. The study has as object, senior women's feelings with cancer of the lap of the uterus front to the radiotherapy treatment. The objective was to know the feelings of those women front to the treatment radiotherapy; as specific objective; to describe those feelings. The investigation was developed in the infirmary of the radiotherapy of the reference Hospital for the treatment of the cancer, in the city of Itabuna, in the state of Bahia. The subjects were six senior with diagnosis of cancer of the lap of the uterus, that you/they were interned in the referred institution. The collection of data was accomplished through semi-structured interview, I tend six subjects toreadors: You always made preventive exam; You always made preventive exam; Why you know he/she is making that treatment; When you began the radiotherapy treatment is how long the you are making the applications; What do you sit down / does he/she think on that treatment? (about the applications). I broke HER then, as it has been your life, later analyzed. The results showed the reality lived by the women that have little or any information on the disease, the late diagnosis, the explanation lack about the employed treatment and the longing for having to be separate from the family. The faith was the most common feeling, followed by the sadness and of the fear. All the observed feelings came in a mixed of the relatives' longings and of the homes.

Keywords: Feelings, Senior, Cancer of the lap of the uterus, radiotherapy.

INTRODUÇÃO

O Câncer é uma doença crônica, cuja sintomatologia aparece após anos de um início silencioso. Portanto, a maioria dos tipos de neoplasias é diagnosticada após a quinta década de vida, razão porque implica em muitas pessoas idosas acometidas por essa doença.

Além disso, a exposição aos agentes carcinogênicos é freqüente, o que torna muito difícil uma prevenção eficaz. Os agentes carcinogênicos são divididos em químicos, farmacológicos, físicos e biológicos e estão relacionados ao câncer de colo de útero. Como exemplos, é possível citar o tabaco (agente químico), dietilestilbestrol (agente farmacológico), radiação ionizante (agente físico) e papilomavírus (agente biológico). Por isso, atualmente, busca-se sua detecção precoce, de modo a garantir a chance de sucesso terapêutico (MURAD E KATZ, 1996).

Com o aumento da expectativa de vida, o número de idosos portadores de câncer vem crescendo progressivamente especialmente com o aumento da freqüência dessa doença, que foi verificada no século XX (BRASIL, 2002).

A agressividade da célula tumoral costuma diminuir com a idade e submetendo-se o idoso a tratamento adequado, a chance de cura é grande. Entretanto, faz-se necessário um preparo especializado da pessoa que

vai submeter-se ao tratamento por parte da equipe multidisciplinar envolvida nesse processo (MURAD e KATZ, 1996).

Nesse sentido, o pudor introjetado culturalmente se reflete de forma mais acentuada na mulher idosa, que se depara com situações em que a exposição do corpo é necessária e rotineira. Desse modo, muitos devem ser os impactos experimentados por essa pessoa, especialmente para quem, ao longo da vida teve pouco ou quase nenhum contato com profissionais de saúde e ambientes hospitalares e que, muitas vezes, pouco conhece de tecnologias quando se deparam com aparelhos grandes e complicados, ou de aplicadores ginecológicos, que costumam ser desconfortáveis.

O diagnóstico do câncer é comum em meu âmbito familiar e, em companhia de uma tia-avó, visitei pela primeira vez um centro de radioterapia, composto por pessoas estranhas e equipado por máquinas imensas em salas frias e sombrias, o que me despertou o interesse em conhecer os sentimentos experimentados por pessoas que enfrentam tais ambientes, em especial as pacientes idosas, que se defrontam com uma situação nova e desconhecida, na qual não há um preparo para enfrentarem experiências tão intensas.

O estudo teve como objeto abordar os sentimentos experimentados por mulheres idosas ao enfrentar o tratamento radioterápico para o câncer do colo do útero, identi-

ficando esses sentimentos e descrevendo-os. Com este estudo, a idéia é contribuir com a equipe multidisciplinar da radioterapia, que poderá agir de modo diferenciado com essa população, oferecendo um tratamento menos traumatizante e mais humanizado.

Este estudo, pois, tem característica exploratória descritiva, qualitativa, o que significa de acordo com Minayo (1998), que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Os sujeitos deste estudo foram mulheres idosas com idades entre 60 e 80 anos portadoras de câncer do colo do útero, submetidas ao tratamento radioterápico, independente do estadiamento da doença.

O estudo foi realizado no Centro de Radioterapia e na Enfermaria da Radioterapia, que fazem parte de um hospital filantrópico localizado na cidade de Itabuna-Ba³ o qual é centro de referência em oncologia. Esse Centro de Radioterapia funciona de segunda à sexta-feira, de 8:00 às 20:00 h. A equipe multidisciplinar

3 Itabuna está situada no Sul da Bahia, a 443km da capital, Salvador, com área de 444,8km². Tem aproximadamente 196.456 mil habitantes, sendo 94.192 homens (47,94%) e 102.264 mulheres (52,06%). A população residente na zona urbana é de aproximadamente 190.888(97,16%) e na zona rural é de 5.568 (2,84%).

é composta por um médico radioterapeuta, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, oito técnicos em radioterapia, dois físicos médicos, uma biomédica, uma psicóloga, um assistente social, quatro recepcionistas, três funcionários de serviços gerais. A Enfermaria da Radioterapia é composta por cinco técnicos de enfermagem, uma enfermeira na supervisão indireta em cada turno, um funcionário dos serviços gerais em cada turno⁴.

2. OS IMPACTOS DO CÂNCER SOBRE A MULHER IDOSA

2.1. A VELHICE FEMININA

Os idosos brasileiros, em especial as mulheres, formam um segmento populacional cada vez mais visível da sociedade, tanto pela quantidade (a mulher vive mais que o homem, de acordo com as estatísticas demográficas), como pelas conquistas já alcançadas.

A velhice é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Nessa fase sempre ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõe o cotidiano das pessoas.

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam

⁴ Dados levantados por ocasião da pesquisa

em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio se torna perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e o tecido muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos. Na verdade, logo depois de se atingir a maturidade reprodutiva, as chances de sobrevivência do indivíduo já começam a diminuir. Essa tendência faz parte do processo de evolução de todos os organismos multicelulares. Assim, o desenvolvimento, a reprodução e o envelhecimento são etapas naturais da vida de cada espécie, que ocorrem de forma seqüencial e interdependentes: o início da senescência é dependente da fase reprodutiva que, por sua vez, é dependente do desenvolvimento.

No entanto, não há uma separação rígida entre as três fases. O crescimento pode continuar mesmo depois que a maturidade reprodutiva é atingida; em humanos, por exemplo, a capacidade reprodutiva é atingida aos 12 anos, mas o crescimento continua até 20 anos, aproximadamente. Nas mulheres, o início da senescência é determinado pelo final da fase reprodutiva, marcado pela menopausa, por volta de 45 anos.

A velocidade de declínio das funções fisiológicas é exponencial, isto é, a ocorrência de perdas funcionais é acelerada com o aumento

da idade. Assim por exemplo, num espaço de 10 anos, ocorrem maiores perdas funcionais entre 60 e 70 anos do que entre 50 e 60 anos. Há, portanto, um efeito cumulativo de alterações funcionais, com degeneração progressiva dos mecanismos que regulam as respostas celulares e orgânicas frente às agressões externas, levando ao desequilíbrio do organismo como um todo. Uma complexa interação de fatores, físicos, ambientais e diferenças no comportamento social, além da carga genética, determinam os limites na duração de vida de todas as espécies animais.

Quando o ser humano envelhece, observa-se uma série de mudanças em sua imagem externa e no seu comportamento; os cabelos tornam-se brancos e quebradiços, a pele enrugam-se, a força muscular desaparece, os movimentos são mais cuidadosos, os reflexos são mais lentos, a memória torna-se falha, conseqüentemente, os contatos com outras pessoas tornam-se mais difíceis.

Não se pode evitar o envelhecimento; no entanto, é possível exercer influência sobre o modo como se envelhece. Envelhecer não significa, necessariamente, redução da capacidade de trabalho, diminuição da atividade, entre outros. Envelhecer pode significar enriquecimento espiritual e uma vida saudável. Nosso organismo precisa, para seu desenvolvimento harmônico, de exercícios, não apenas para satisfazer a vaidade da aparência de

um físico bonito mas, principalmente, para manter a saúde e prolongar a vida.

É importante para os profissionais de saúde que trabalham com a população idosa, compreenderem as alterações fisiológicas normais que ocorrem no envelhecimento. Essas alterações incluem diminuição da elasticidade da pele; diminuição da massa muscular, estrutura e força esquelética; diminuição da função e estrutura dos órgãos; distúrbios dos mecanismos imunes; alteração da função neurológica; e alteração da absorção, distribuição, metabolismo e eliminação de drogas. Além disso, muitos pacientes idosos têm outras doenças crônicas que também podem limitar a tolerância ao tratamento (BRUNNER e SUDDARTH, 1999).

2.2. O CÂNCER E SUA COMPLEXIDADE

O câncer é o crescimento descontrolado, provocado pela proliferação contínua de células anormais com capacidade de invasão e destruição de outros tecidos. Constitui um problema de saúde pública no mundo e no Brasil, constituindo-se na terceira causa de morte em ambos (MURAD e KATZ, 1996).

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são os principais fatores que contribuem para o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, visto que tais

fatores colaboram com o aumento de agentes cancerígenos ambientais ou para uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a esses agentes (BRASIL, 2002).

Observa-se que o câncer ocorre mais frequentemente em pessoas idosas. A partir dos 55 anos, a incidência da doença cresce em nível exponencial. Isso quer dizer que, quanto mais tempo uma pessoa tem para expor seu material genético a um fator qualquer que possa alterá-lo, maior será a chance de a moléstia manifestar-se.

Para o câncer do colo do útero a modalidade terapêutica mais empregada é a radioterapia, visto que, na maioria dos casos ao diagnóstico já existe um tumor localmente avançado, para o qual a cirurgia ofereceria caráter apenas paliativo, não curativo. (MURAD e KATZ, 1996).

Desse modo, a radioterapia é uma modalidade terapêutica capaz de destruir células tumorais, empregando feixes de radiação ionizante. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará à regeneração da área irradiada. Vale ressaltar que a ação da radioterapia é somente local, não apresentando efeitos terapêuticos sistêmicos (BRASIL, 1999).

O sucesso da radioterapia ocorre

quando se consegue lesar seletivamente as células tumorais, com dano mínimo aos tecidos normais. Segundo Murad e Katz (1996), as radiações ionizantes podem ser depositadas nos tecidos a partir de fontes irradiantes, que estejam distantes (teleterapia) ou em contato com eles (braquiterapia).

A Teleterapia consiste na terapia à distância, ou seja, a fonte emissora de radiação fica a cerca de um metro do paciente. Nesta categoria enquadram-se os feixes de raios-X, de raios gama, elétrons de alta energia e nêutrons. Os principais aparelhos utilizados são:

- Raio X superficial, semi profundo ou de ortovoltagem- São equipamentos de raio X que operam com quilovoltagem entre 10 e 100 KVp e entre 100 e 250 KVp. Trata lesões de pele ou com infiltração até cerca de 3,0 cm de profundidade, como nos casos de hemangiomas e dos carcinomas basocelulares.
- Cobalto 60 – Gera raios gama. Como a fonte é radioativa, a emissão de fótons é contínua, ou seja, a fonte não pára de emitir fótons. Quando a máquina está desligada a fonte permanece guardada numa blindagem adequada que bloqueia a saída dos raios gama. A fonte deverá ser trocada, em média, de 8 em 8 anos.
- Aceleradores lineares – Esses aparelhos usam microondas para acelerar

elétrons a grandes velocidades em um tubo com vácuo. Podem gerar fótons de energia muito maior que os de cobalto 60. Fótons de alta energia liberam menos dose na pele e nos tecidos sadios do paciente. Entretanto, os aceleradores lineares requerem potencial elétrico bastante estável, mais manutenção e pessoal mais habilitado para seu funcionamento. O tratamento com elétrons é adequado quando o órgão alvo é superficial, com estruturas radiosensíveis ao seu redor, como por exemplo, os linfonodos cervicais que têm a medula espinhal logo atrás e lesões infiltrativas de pele (BRASIL, 2002).

- Na teleterapia convencional, a simulação utiliza os raios-X e a fluoroscopia, produzidos por um aparelho chamado simulador, identificando o volume-alvo pelas referências ósseas e fornecendo ao radioterapeuta dados para delimitação dos campos de irradiação antes de iniciar o tratamento (BRASIL, 1999).

A braquiterapia é a terapia de curta distância, na qual uma fonte encapsulada ou um grupo destas fontes são utilizados para liberação de radiação β ou γ , a uma distância de poucos centímetros do volume tumoral. Ela pode ser dividida em:

- Superficial: a fonte é colocada sobre a

superfície do tumor ou sobre a pele.

- Intracavitária: a fonte é introduzida em cavidades do organismo (ex: traquéia, esôfago, vagina e reto).
- Intralumial: a fonte de radiação é conduzida rapidamente dentro do lúmen ou na luz de certas cavidades do corpo, tal como árvore brônquica par câncer de pulmão.
- Intersticial: é utilizada na forma de implantes temporários ou permanentes, através de agulhas ou tubos de material plásticos que passam através do tumor.

Atualmente, podemos dividir a braquiterapia em baixa taxa de dose (LDR) e alta taxa de dose (HDR). Na técnica manual utiliza-se césio 137, rádio e cobalto, dependendo da região do Brasil. A braquiterapia de alta taxa permite o tratamento de forma ambulatorial com vantagens operacionais e de proteção radiológica (SALVAJOLI et al, 1999).

Como a radioterapia é um método de tratamento local, pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Em combinação com a cirurgia, poderá ser pré, per ou pós-operatório. Também pode ser indicada, durante ou logo após a quimioterapia.

A radioterapia pode ser curativa, quando se busca a cura total do tumor, pela radioterapia exclusivamente. Remissiva (pré-operató-

ria ou prévia), quando o objetivo é apenas a redução tumoral; profilática (pós-operatória ou adjuvante) quando se trata a doença em fase subclínica, isto é, não há volume tumoral presente, mas possível célula neoplásica dispersa; paliativa, quando se busca a remissão de sintomas, tais como dor intensa, sangramento e compressão de órgãos; e ablativa, quando se administra a radiação para suprimir a função de um órgão, como, por exemplo, no ovário para obter a castração actina (BRASIL, 2002).

A radioterapia moderna, através da introdução de novos equipamentos gerando diferentes energias, de maior precisão, associada com a melhoria das imagens e a métodos que permitem uma integração das mesmas, proporcionou ao radioterapeuta diminuir a quantidade e a intensidade dos efeitos colaterais, que ocorriam antes do advento desses recursos (SALVAJOLI et al, 1999).

Como consequência da radioterapia, o paciente idoso pode ter uma recuperação mais lenta dos tecidos normais e sofrer efeitos adversos mais graves, como mucosite, náuseas, vômitos, mielossupressão e radiodermite (PELLIZZON, 2002).

O diagnóstico de câncer, a necessidade de tratamento ou a descoberta de recidivas ou metástases trazem consigo uma complexidade de emoções e reações, tanto nos pacientes como nos familiares. Choque, negação, raiva, instabilidade emocional, são freqüentemente

acompanhados por distúrbios do sono, falta de concentração e apatia.

O significado do câncer é muito diferente em idades diferentes e varia muito, dependendo do momento de vida do paciente em que ocorreu o câncer. Para uma pessoa idosa, o diagnóstico de câncer geralmente significa medo de tornar-se dependente; para uma pessoa mais jovem, o câncer significa ameaça a sua carreira, à sexualidade e constituição de família (MURAD e KATZ, 1996).

Cada tratamento provoca reações psicológicas peculiares que precisam ser conhecidas a fim de oferecer ao paciente suporte e orientação adequados. Os pacientes expostos à radioterapia ficam com medo de sentimento de abandono na sala de radioterapia, desconforto de posicionamento, receio da imobilização e ansiedade, provocada pelas marcações na pele.

Portanto, é comum aos pacientes submetidos à radioterapia manifestarem sentimentos de raiva, ansiedade e depressão em níveis diferentes, dependendo do estágio do tratamento em que se encontram, e dependendo da própria personalidade enquanto pessoa. (MURAD e KATZ, 1996).

3. OS IMPACTOS DO CANCER SOBRE A MULHER IDOSA

3.1. O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA MULHER IDOSA

Embora o câncer seja uma doença que ataca tanto jovens quanto idosos, basicamente é uma doença da velhice (ROSENFELD, 2002, p. 39) Apesar da probabilidade ser dez vezes maior de um idoso desenvolver um câncer em relação aos mais jovens, não se pode desconsiderar que os idosos não se submetem a exames médicos com a mesma frequência com que os jovens o fazem. Além disso, é preciso levar em conta outras doenças pré-existentes, a exemplo de dificuldades respiratórias, diabetes, artrites, problemas cardíacos, inflamações crônicas, que vão dificultar ainda mais o tratamento e a cura do câncer, em pessoas com mais idade.

Afirma Rosenfeld (2002, p.40) que

em muitas pessoas de mais idade o surgimento de um câncer é adversamente afetado por uma combinação de fatores sociais, psicológicos, educacionais, financeiros e culturais. Os mais velhos nem sempre estão bem informados sobre os como, os porquês e os ondes do diagnóstico e da terapia do câncer, uma vez que boa parte do material informativo em questão não é dirigida a eles.

O câncer do colo do útero é o tumor mais freqüente em mulheres brasileiras, juntamente com o câncer de mama, tendo uma incidência de aproximadamente 20% em relação a todas as outras neoplasias malignas. Estima-se a ocorrência de 18.000 a 22.000 novos casos anuais desse carcinoma em todo o País, para os próximos anos, com uma expectativa anual média de óbitos de 5.400 a 6.600 (MURAD e KATZ, 1996).

Vários fatores de riscos já foram identificados, a maioria correlacionada com a atividade sexual, incluindo relação sexual em idade precoce (menos de 14 anos), múltiplos parceiros sexuais, gravidez precoce, nuliparidade, exposição ao HPV (SALVAJOLI et al, 1999), além do tabagismo e falta de acesso à informação e realização do Papanicolau. Esses fatores vêm sendo implicados na patogênese do carcinoma cervical, todos eles mais facilmente encontrados na população pobre, desinformada e desassistida. Além disso, a mulher idosa nem sempre consulta um ginecologista após a menopausa, imaginando que, finda a menstruação, finalizarão os problemas.

Das seis idosas entrevistadas e observadas nesta pesquisa, apenas uma possuía renda de dois salários mínimos, as outras cinco vivem com um salário mínimo, ou menos. Além disso, todas são analfabetas, ou sabem apenas assinar o nome. Esta situação corrobora a idéia generalizada de que o cân-

cer do colo do útero é endêmico nas regiões pobres do País. Levando-se em conta que um dos fatores de risco se encontra na dieta alimentar, essas mulheres estarão mais expostas aos riscos do câncer, em especial pela pobreza e deficiência dos alimentos ingeridos. Como afirma Rosenfeld (2002, p. 42)

Entre as pessoas que não comem frutas, verduras e legumes, a incidência da maioria dos tipos de câncer – pulmão, laringe, cavidade oral, esôfago, estômago, cólon, reto, bexiga, pâncreas, cérvix e ovário – é duas vezes mais alta que nas que ingerem esses alimentos em maiores quantidades.

A falta de instrução da população feminina idosa e mais carente vem acompanhada com o diagnóstico tardio, pois na zona rural o acesso ao serviço de saúde é difícil, além do despreparo dos profissionais e de instalações para lidarem com a problemática do câncer.

Das seis mulheres estudadas, apenas uma havia realizado o exame papanicolau há menos de dois anos. A grande maioria das mulheres só procura o serviço de saúde para realizar o tal exame quando iniciaram os sintomas. Fato lastimável, uma vez que o tempo de evolução entre uma lesão intra-epitelial e um câncer invasor é de três meses a dez anos, e o início da doença é insidioso, só apresentando sintomas nos estágios mais avançados. (MURAD e KATZ, 1996).

Analisando as idosas entrevistadas nos deparamos com uma gama de sentimentos que são semelhantes. A tristeza, a fé e o medo. Frente ao tratamento radioterápico duas das seis idosas estudadas disseram ter tristeza, três terem fé e uma confessou ter medo. Os três sentimentos estavam acompanhados da saudade, que consideramos como o sentimento comum a todas as idosas.

3.2. Os “SENTIMENTOS” DAS MULHERES IDOSAS EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO DE COLO DE ÚTERO

De acordo com FERREIRA (1978), sentimento é substantivo masculino, que significa *sensibilidade, capacidade para sentir, perceber, apreciar, afeto, afeição, entusiasmo, emoção, desgosto*; mas também significa *conjunto das qualidades morais do indivíduo*.

Compreender ou conhecer os sentimentos que mantêm as mulheres idosas em tratamento radioterápico significa compreender a forma como as pessoas enfrentam um acontecimento. Isto vai depender de vários fatores e, dentre estes, cabe destacar, de acordo com Milagros (2002, p. 9):

- Antecipação do acontecimento;
- Compreensão do acontecimento e interpretação subjetiva do mesmo;
- Os fatores de personalidade e a capaci-

dade de adaptação do indivíduo a novas situações;

- apoio social e emocional que recebe a pessoa.
- Saúde física e recursos físicos com os quais conta para enfrentar o estresse.

Alguns dos fatores assinalados, de acordo com a autora, podem sofrer diminuição, em especial a saúde física e o apoio social e, portanto, afetam a capacidade das pessoas, em especial as idosas, para enfrentar os acontecimentos.

Nas entrevistas realizadas com as idosas da pesquisa, pode-se antecipar que a saúde física está comprometida, em especial por se tratar de uma doença temida pela maioria da população, doença para elas desconhecida, e em torno da qual alimentam preconceitos e criam mitos. Mas é possível considerar que o apoio social ainda existe, pois essas idosas têm suas famílias e convivem com filhos, esposos, netos - ... *Aqui deitada pensando na doença; queria estar em casa com minha família. Estou com saudade dos meus filhos e dos meus netos, de 16 e de 13 anos (A.A.S).*

Mesmo com o apoio social, e aqui nos referimos principalmente ao apoio familiar, que certamente influencia na amenização do sofrimento, essas idosas manifestaram sentimentos de tristeza, de solidão, de medo, nessa fase do internamento para tratamento.

A tristeza é experimentada já no momento

do diagnóstico. Ainda hoje o câncer é encarado de longe, rodeado de preconceitos e mitos. A falta de informação reforça as dúvidas sobre o tratamento radioterápico. De outro lado, os cuidadores e pessoas que as assistem nas unidades hospitalares também carregam seus preconceitos e os manifestam.

Foi possível observar, durante a pesquisa, o sentimento de exclusão enfrentado pelas pacientes idosas, já no local onde ocorre a internação. A hierarquização espacial da enfermaria é um fato que chama a atenção. A enfermaria fica no final de um corredor escuro e separado do resto do hospital por uma divisória, que sempre está fechada. Esse fechamento pode traduzir para as idosas uma idéia de que devem ficar escondidas, de que não devem ser vistas por outras pessoas, e de que delas estaria exalando cheiros que outras pessoas não suportam.

Em uma das visitas feitas, presenciamos reclamação de servidores da saúde que encontravam a divisória aberta, manifestando indignação pelo odor oriundo da enfermaria. Ora, se o ambiente é reflexo da nossa qualidade de vida, cuidar da saúde em um ambiente escuro, isolado, e com desagradável odor é um paradoxo merecedor de preocupação.

Uma das entrevistadas relatou medo frente ao tratamento radioterápico. Confessou medo de ficar sozinha na sala durante a aplicação. O medo da solidão vem acompanhado do medo do desconhecido, uma vez que algu-

mas mulheres iniciam o tratamento sem estabelecer um diálogo com o médico para esclarecerem dúvidas e desmistificar a doença e o tratamento. - *Um pouco de medo ao ficar sozinha na sala de radioterapia, mas sinto alívio por estar fazendo este tratamento.*(MSJN); - *Peço a Deus pela saúde. [sinto] tristeza, muita luta e dor ao saber do problema* (NNC).

A nossa cultura tem reforçado o comportamento de muitos profissionais da saúde, quando negligenciam ou diminuem a importância dos sentimentos experimentados por pessoas em tratamento. As pessoas que estão com câncer podem não apenas mascarar a raiva, pela forma como são tratadas, como também encobrir e negar a depressão e tristeza que trazem ou é construída durante o isolamento para o tratamento. Como essas mulheres são de outra cidade, durante o tratamento elas se afastam das suas casas, dos seus relacionamentos, do seu cotidiano, ainda que seja garantido, pela unidade hospitalar, o direito a acompanhante. É preciso observar, no entanto, que essa idosa não conta com o seu acompanhante durante o tempo todo, porque a unidade, e o próprio tratamento, exigem regras para esse acompanhamento. - *Tristeza* (chorou no momento desta conversa); *tenho saudade do marido, da minha rocinha, dos filhos e dos netos....(IPS)*.

Esse sentimento de medo, inclusive da doença, que as idosas dizem experimentar, é muitas vezes escondido da própria família,

para não sobrecarregá-la, dizem. Isto faz com que essa idosa se sinta sozinha, aumentando a sensação de medo. Ao esconder sua emoção “inconveniente”, a idosa se torna cada vez mais desligada emocionalmente, e o medo aumenta, ao invés de diminuir com a ajuda de uma pessoa querida (SIMONTON, 1990).

Três das entrevistadas, demonstram fé como sentimento frente ao tratamento. Destas, apenas uma não sabia o motivo da internação, desconhecendo o diagnóstico. As outras duas sabiam o diagnóstico, mas falavam o nome da doença baixinho, ou colocavam apelidos do tipo “doença braba”. - a) *Muita fé em Deus e rezo para ficar logo boa, curada e voltar logo para casa. (JSO); b) Fé em Deus, ficar boa logo sair daqui, ir para casa. Estou com saudades dos filhos e dos netos (LSS).*

Além disso, também manifestam acreditar no tratamento, a exemplo do depoimento de IPS: *... Melhorou muito desde quando entrei aqui no hospital, estou tomando remédio, estou sendo bem tratada, gosto de todo o pessoal que trabalha aqui.*

A mulher idosa possui um universo peculiar. Cada uma delas traz uma história, um modo de vida, lembranças, esperanças, valores, preceitos e sentimentos. Corroborando o que Sant’Anna (apud SIMONTON, 1990, p.43) enfatiza, é possível destacar que a mulher idosa

possui uma história repleta de imagens de

vergonhas. Vergonha de ter sido afetada por uma doença, tradicionalmente, considerada inglória, relegada aos bastidores da cultura. Vergonha por abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino. Vergonha que tende a transformar o doente no único responsável por seus sofrimentos.

Lidar com o câncer é complexo e lidar com idosa com câncer é muito mais. Nesse caso, o cuidado deve vir repleto de ternura, sinceridade e respeito por essas mulheres, que já enfrentaram uma vida inteira de lutas e que, no momento em que deveriam ter paz e alegrias, deparam-se com um diagnóstico que irá exigir delas força e garra.

O câncer é a doença mais temida da nossa cultura atualmente. O fato de estar associado à morte talvez seja a razão principal desse medo. Para os pacientes cancerosos, o medo se revela em visões de uma morte longa e dolorosa, que acabará por arruinar a família emocionalmente. Muitos dos pacientes ficam obcecados por esse medo e com frequência o reprimem. Esses medos são às vezes exagerados pela herança que o câncer carrega. Muitas pessoas ainda crêem que o câncer é incurável.

Talvez o câncer cause tanto medo porque ainda não compreendemos sua natureza nem podemos predizer sua evolução; e isso gera insegurança. Por causa do medo que rodeia o portador de câncer, muitas pessoas não per-

mitiam, e ainda não permitem, que os outros saibam que estão doentes.

È natural que o paciente canceroso e sua família sintam um certo medo. Porém, é pior quando não o enfrentam. A tentativa de esconder um sentimento tão poderoso e real quanto o medo leva a uma sensação de alienação em relação às outras pessoas. È importante lembrar que o medo é uma reação natural à incerteza.

O medo nunca é fácil de ser resolvido, pois nos faz lembrar da nossa vulnerabilidade. Queremos enfrentar o medo porque acreditamos que isso nos fará fortes e invulneráveis. No entanto, todos nós somos vulneráveis. Isto quer dizer que durante toda a nossa vida teremos que lidar com o medo. A partir do momento em que aceitamos nossos medos como naturais, podemos aprender a conviver com eles (SIMONTON, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer, em qualquer fase da vida, vem acompanhado de dúvidas e incertezas. Compreender que cada ser humano é único melhora o enfrentamento desse diagnóstico, transformando-o em um fato, não em uma sentença.

As idosas, devido aos costumes adquiridos, assumem uma postura silenciosa e recatada. As idosas envergonham-se de ir ao

médico mostrar “as partes” e isso resulta na procura tardia por serviços de saúde. A vergonha também as faz calar frente aos sintomas, retardando ainda mais o diagnóstico. Muitas dessas pacientes assumem o papel de ouvintes e esperam que os profissionais de saúde as informem sobre o que querem saber.

Durante nossa permanência no ambiente de coleta dos dados, foi possível observar que parte da equipe multiprofissional de saúde não dispensava tempo suficiente para o diálogo com as idosas internadas para tratamento e, assim, percebemos que tais pacientes calavam-se ainda mais, guardando para elas seus medos e incertezas.

O desenvolvimento deste estudo mostra os sentimentos observados pela mulher idosa frente ao tratamento radioterápico. Constatamos que o medo, a tristeza e a fé são os sentimentos mais comuns. Com base nesse conhecimento acerca desses sentimentos, os profissionais de saúde podem traçar seu plano assistencial de forma direcionada às carências sentimentais enfrentadas pela mulher idosa com câncer do colo do útero, tendo assim um tratamento de excelência.

Como contribuição, gostaríamos de propor uma assistência de saúde oncológica humanizada, baseada no diálogo, compaixão, respeito e cumplicidade entre pacientes e profissionais de saúde. A sentença de câncer pode ser determinada a qualquer um; ninguém está imune

à oncogênese. A assistência humanizada possibilita que cada profissional se coloque no lugar do outro, do doente. Manter uma divisória de isolamento para amenizar o odor emanado pelo colo uterino canceroso é não saber que o INCA previu para o ano de 2005, 500.000 novos casos de câncer diagnosticados no Brasil.

De outro lado, oferecer aos profissionais da saúde, continuamente, uma educação continuada, atualizando conhecimentos, discutindo os problemas cotidianos da população, e das organizações assistenciais, os direitos e deveres do cidadão, pode significar mudança substancial de comportamento e de atitudes frente ao outro, em especial quando esse outro é doente e depende do tratamento público, mantido pela sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, L.M e D. *Pessoas Idosas-Uma abordagem global*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. 2ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRUNNER E SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A. Volume 1. 1999.

MILAGROS, Martin. *Envejecimiento y Cambios Psicológicos*. Disponible en www.psiconet.com (acesible en 05.06.2002).

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do Conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MURAD, A. M; KATZ, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1996.

PELLIZZON, A (Org.). *Rotinas e condutas em Radioterapia*. 2ª ed.. São Paulo: Lemar, 2002.

FERREIRA, Q. B. de H. Dicionário.

ROSENFELD, Isadore. *Viva Agora, Envelheça Depois – maneiras comprovadas de desacelerar o tempo*. São Paulo: UNESP/SENAC. 2002.

SALVAJOLI, J. V; SOUHAMI, L; FARIA, S. L. *Radioterapia e oncologia*. Rio de Janeiro: Editora MEDSI. 1999.

SIMONTON, S. M. *A família e a cura*. 2ª ed.. São Paulo: Summus, 1990.

Recebido em março 2008
Aprovado em agosto 2008