

EFEITOS COLATERAIS NA QUIMIOTERAPIA: A VISÃO DO PACIENTE

LAURA DE HOLLANDA BATITUCCI

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre em
Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Célia Lúcia da Costa

São Paulo

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Batitucci, Laura de Hollanda

Efeitos colaterais na quimioterapia: a visão do paciente / Laura de Hollanda Batitucci – São Paulo, 2007.

51p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Célia Lúcia da Costa

Descritores: 1. QUIMIOTERAPIA/Efeitos adversos. 2. QUIMIOTERAPIA /Psicologia 3. ASSISTENCIA CENTRADA NO PACIENTE.

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito aos meus pais Juliana e Jarbas, incansáveis no incentivo para que este título de Mestre se tornasse realidade. Foi com o exemplo de vida de ambos que aprendi o real significado da palavra perseverança. Em momento algum pensei em desistir, mas foram muitos os momentos de cansaço e desgaste.

Aos meus irmãos Álvaro e Lucas, que apesar de estarem em alguns momentos geograficamente distantes, sei que sempre torceram por mim.

Ao meu irmão Artur, amigo de todas as horas, sempre ao meu lado, vibrando com as minhas vitórias e solidário nas minhas derrotas. Sinônimo de esperança de que tudo ia dar certo!

Ao meu noivo Daniel, homem tão especial que deu um colorido único a minha vida e é responsável pelo meu empenho em ser uma pessoa melhor. Ao seu lado eu conheci o que é felicidade!

Aos meus padrinhos Elizabeth e Décio, que estiveram sempre ao meu lado me apoiando; duas pessoas de uma generosidade rara.

A minha família “paulistana”, minhas primas Isabela, Débora, Cristiana, pequena Júlia e Juninho. Pessoas com uma trajetória de vida de dedicação e esforço que são para mim um grande exemplo.

A minha amiga Renata e sua filha Lueny (minha “expert” em informática); esta dupla me ensina diariamente o significado da verdadeira amizade.

Sorte a minha de poder compartilhar minha vida com todos vocês!

Agradeço as minhas orientadoras, Dra. Célia Lúcia da Costa e Dra. Maria

Teresa Lourenço. Elas com certeza contribuem muito para a Psico-Oncologia brasileira.

Agradeço ao Dr. Luiz Fernando Lima Reis, por todo o carinho, mineiro de fibra e ótimo professor; as “meninas” da Biblioteca que juntamente com a Suely são parte fundamental para a excelência desta Pós-Graduação, as funcionárias da Pós-Graduação, Luciana e Ana, sempre prestativas e a estatística Maria do Rosário pela imensa contribuição dada a este trabalho. Obrigada!

Agradeço a FAPESP pelo apoio financeiro à pesquisa.

RESUMO

Batitucci LH. **Efeitos colaterais na quimioterapia: a visão do paciente**. São Paulo; 2007. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Pacientes submetidos à quimioterapia estão sujeitos a vários efeitos colaterais, o que por vezes dificulta a adesão ao tratamento. No entanto, o controle clínico dos efeitos colaterais da quimioterapia têm se tornado cada vez mais eficaz. O objetivo deste trabalho é identificar os principais sintomas experimentados pelos pacientes recebendo quimioterapia na Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer A.C. Camargo. Os pacientes identificaram efeitos colaterais atribuídos ao seu tratamento usando 45 cartões com sintomas físicos e 27 cartões com sintomas não-físicos, e graduaram esses sintomas de acordo com a severidade. Os primeiros 5 cartões de cada grupo foram selecionados, resultando assim em 10 cartões, graduados novamente de acordo com a severidade, independentemente de cada grupo. Os pacientes classificaram em primeiro lugar o efeito colateral não-físico *afeta minha família ou parceiro(a)* como sendo o sintoma mais severo de tolerar durante a quimioterapia. Em segundo lugar, ficou a *náusea* e em terceiro *afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas*. *Perda do cabelo*, *sentir-se “pra baixo” (deprimido)* e *sentindo-se tenso ou ansioso* foram classificados respectivamente em quarto, quinto e sexto lugares. Concluindo assim que os efeitos colaterais “psicossociais” incomodam os pacientes durante a quimioterapia e que o impacto do tratamento na dinâmica familiar do paciente com câncer é real.

SUMMARY

Batitucci LH. **[Side effects of cancer chemotherapy: patients perceptions]**. São Paulo; 2007. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Patients undergoing cancer chemotherapy are subject to several side effects, making treatment adhesion sometimes difficult. Nowadays, clinical control of cancer chemotherapy side effects is more effective. The purpose of the present study is to identify the major symptoms experienced by patients *receiving* cancer chemotherapy at *Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer A.C. Camargo*. Patients identified and ranked, according to severity, the side effects attributed to their current chemotherapy using 45 cards containing named physical side effects and 27 cards containing named nonphysical side effects. After these two selections, only the first five cards selected from each group were retained. The 10 resulting cards were ranked again by the patients according to severity, regardless of group. The patients ranked the nonphysical side effect *affects my family or partner* as the most severe during chemotherapy. Secondly was *nausea* and in the third place *affects my work, home duties*. *Loss of hair, feeling low (depression)* and *feeling tense or anxious* were ranked respectively as the fourth, fifth and sixth. Finally the study concludes that psychosocial side effects disturb patients during chemotherapy and the treatment impact on family environment is real.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de pacientes segundo características demográficas e clínicas	17
Tabela 2	Classificação dos 15 principais efeitos colaterais de acordo com a severidade de todo o grupo	19
Tabela 3	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o sexo	20
Tabela 4	Classificação de efeitos colaterais de acordo com a idade	21
Tabela 5	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o estado civil	23
Tabela 6	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o diagnóstico	25
Tabela 7	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o tipo de tratamento	26
Tabela 8	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o Grau de Escolaridade	27
Tabela 9	Classificação de efeitos colaterais de acordo com o uso de psicofármacos	28
Quadro 1	Sintomas classificados em 1º e 2º lugares conforme categoria	29

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVO.....	12
3	MÉTODOS.....	13
3.1	Tipo de Estudo.....	13
3.2	Casuística.....	13
3.3	Metodologia.....	13
3.4	Coleta de Dados.....	14
3.5	Análise Estatística.....	15
4	RESULTADOS.....	16
5	DISCUSSÃO.....	30
6	CONCLUSÃO.....	45
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
8	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	50

ANEXOS

- Anexo 1** Termo de Consentimento Pós-Informado
- Anexo 2** Lista de Sintomas Físicos e Não-Físicos (Grupos A e B)
- Anexo 3** Questionário: Características Clínicas e Demográficas

1 INTRODUÇÃO

Segundo definição do Instituto Nacional do Câncer-INCA, “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo”. Portanto, câncer é considerado uma doença sistêmica e potencialmente metastática (Ministério da Saúde 2005).

Dentre os principais recursos utilizados para o tratamento do câncer, a quimioterapia é das possibilidades terapêuticas mais freqüentemente empregadas. A era da quimioterapia contemporânea foi inaugurada com observações coletadas durante as Grandes Guerras Mundiais. Em 1919, Krumbhaar e Krumbhaar observaram a associação entre a exposição de soldados ao gás mostarda e o desenvolvimento de aplasia da medula óssea. Durante a II Guerra Mundial, a exposição a este mesmo gás causou, particularmente em marinheiros, hipoplasia medular e linfóide. Os estudos com a mostarda nitrogenada e seus derivados sintéticos culminaram com o uso dos agentes alquilantes pela primeira vez em neoplasias hematológicas, como a doença de Hodgkin e linfomas linfocíticos, pelo *Yale-New Haven Medical Center*, em 1943 (BURCHENAL 1997).

Quimioterapia é o termo designado para o uso de drogas no tratamento oncológico. O tratamento quimioterápico pode curar a doença, mas é também utilizado para limitar o crescimento do tumor ou ainda para aliviar sintomas gerados pela doença. Os quimioterápicos interferem nas células anormais do câncer, bem

como nas normais; e é exatamente a ação nas células normais que é responsável pelos efeitos colaterais (RIGON JÚNIOR et al. 2006).

A quimioterapia pode ser constituída por uma única droga, ou pela associação de várias delas. Os quimioterápicos podem ser administrados por diferentes vias, sendo a mais utilizada a intravenosa. O tratamento quimioterápico é planejado conforme o tipo de tumor, estadio da doença e condições próprias do paciente. O conjunto desses dados define as drogas e as quantidades a serem utilizadas. As aplicações podem ser diárias, semanais, quinzenais ou mensais, obedecendo aos intervalos estabelecidos pela equipe médica, não existindo um prazo fixo em relação ao período de tratamento e a quantidade de vezes que o paciente fará a quimioterapia, pois cada organismo possui uma maneira própria de reagir aos medicamentos (LOVE et al. 1989).

Os principais efeitos colaterais vivenciados pelos pacientes submetidos à quimioterapia são: fadiga (cansaço), náusea e vômito, dor, alopecia (queda do cabelo), anemia, estomatite e mucosite (lesões na garganta e boca), diarreia, prisão de ventre, dentre outros (RIGON JÚNIOR et al. 2006).

São exatamente os efeitos colaterais os responsáveis por boa parte da apreensão e medo dos pacientes em relação à quimioterapia. Os efeitos colaterais do tratamento tornam o câncer real (RICHER e EZER 2002). Muitas vezes, os pacientes temem mais à quimioterapia do que o próprio diagnóstico de câncer em si. Crenças e fantasias são construídas a partir da representação social do câncer como doença fatal e devastadora (NERENZ e LOVE 1986).

A quimioterapia “carrega” o estigma pesado de tratamento que piora o estado geral do paciente ao invés de melhorá-lo. De um modo geral, a idéia de tratamento

está inevitavelmente ligada a noção de alívio de sintomas e melhora clínica, porém isto não necessariamente ocorre durante a quimioterapia. De acordo com o relato de uma paciente em um artigo publicado em 2002, depois do diagnóstico oncológico e o início da quimioterapia a seguinte questão pairava em sua mente: “meu corpo: amigo ou traidor” (RICHER e EZER 2002).

Por não saberem ao certo como irão reagir à quimioterapia, alguns pacientes estabelecem uma relação ambígua com o tratamento. Ao mesmo tempo em que vislumbram no mesmo a possibilidade de cura ou melhora da sintomatologia, também sentem que o mesmo tratamento pode estabelecer uma piora clínica e a presença de efeitos colaterais difíceis de tolerar (HOFMAN et al. 2004).

Em um artigo publicado há mais de 20 anos (NERENZ e LOVE 1986), os pacientes já apresentavam mudanças visíveis na forma de encarar o tratamento oncológico proposto. Ressaltam a nova postura ativa dos pacientes nas tomadas de decisões médicas.

Atualmente, durante a quimioterapia objetiva-se o controle dos efeitos colaterais, apesar de sua complexidade e variabilidade. O conforto e a qualidade de vida do paciente durante o tratamento são levados em consideração. O fardo do tratamento e seus conseqüentes efeitos na qualidade de vida do paciente já são, por si só, um custo alto, independente da expectativa do tratamento em termos de sobrevida (KLEBERT et al. 1994).

Aparentemente, se existe uma boa chance de cura, os pacientes toleram melhor um tratamento que afeta negativamente sua qualidade de vida; em contrapartida, se a chance de sobreviver é pequena, a qualidade de vida passa a importar mais do que o tempo de vida. Quando a intenção do tratamento é curativa

os efeitos colaterais tornam-se “um preço aceitável a ser pago” (GUNNARS et al. 2001). Na quimioterapia paliativa, tolera-se menos efeitos colaterais, o mais importante passa a ser aspectos e parâmetros da qualidade de vida (GREEN 1996).

Apesar de ser evidente a capacidade de adaptação dos pacientes ao impacto da doença e seus tratamentos, parece que cada indivíduo possui um nível de tolerância particular para o quanto de sofrimento irá suportar. Geralmente, pacientes relatam algum tipo de problema relacionado à quimioterapia, mas o grau de intensidade varia bastante de paciente para paciente (LOVE et al. 1989).

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes durante a quimioterapia é visto como um importante complemento aos tradicionais instrumentos de avaliação do tratamento (KLEE et al. 2000; GUNNARS et al. 2001). Porém a escolha de qual instrumento os pesquisadores devem utilizar precisa ser cautelosa, um questionário de qualidade de vida deve, de preferência, especificar doença e tratamento. Sendo importante também padronizar os instrumentos para possibilitar uma futura comparação de dados com outros estudos publicados (GUNNARS et al. 2001). No artigo de revisão sobre avaliação de qualidade de vida em quimioterapia, os autores concluem que não há necessidade de criar novos instrumentos (apenas calcular bem que características desejam avaliar) (KLEE et al. 2000).

Outro aspecto fundamental levantado é o momento do tratamento em que a qualidade de vida é avaliada. A qualidade de vida pode variar no decorrer do tratamento quimioterápico devido a vários fatores (efeito da droga, progressão de doença, percepção do paciente e sua adaptação ao tratamento). Mas além dos questionários utilizados na avaliação, é imprescindível ouvir a opinião do paciente sobre o tratamento através de um diálogo entre profissionais de saúde, doentes e

respectivos cuidadores. Existe agora um consenso entre os profissionais de saúde de que um acompanhamento preciso dos efeitos de um tratamento médico deve incluir a opinião do paciente (GUNNARS et al. 2001).

O *Ludwig Institute for Cancer Research* em Sydney (Austrália), juntamente com o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Sydney realizou um estudo para identificar e graduar os efeitos colaterais sentidos pelos pacientes durante a quimioterapia. O levantamento ocorreu em 1982, época em que o número de quimioterapias paliativas era maior do que as quimioterapias com finalidade curativa (COATES et al. 1983).

Além de identificar e graduar quais eram os sintomas percebidos como mais severos do ponto-de-vista dos pacientes durante o tratamento quimioterápico, um dos objetivos dos autores era auxiliar a equipe de saúde juntamente com os pacientes a avaliar o impacto do tratamento no quadro clínico em relação ao impacto do tratamento na qualidade de vida do paciente, se este acreditava que o tratamento valia a pena. O pioneirismo deste trabalho reside no fato de ter sido um dos primeiros trabalhos a levar em consideração a opinião e percepção do protagonista do tratamento: o paciente. Em 2005, SUN et al. afirmam em seu artigo que o levantamento de 1983 foi um marco, evidenciando pela primeira vez as percepções dos pacientes sobre os efeitos colaterais na quimioterapia.

O levantamento foi realizado com 99 pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial em um Hospital Universitário em centro urbano, sendo 39 homens e 60 mulheres. Todos os pacientes tinham doença avançada e tinham recebido quimioterapia citotóxica nas últimas 4 semanas prévias à entrevista. Através de metodologia específica, os autores chegaram a uma lista dos 10 efeitos colaterais

(físicos e não-físicos) relacionados à quimioterapia percebidos como os mais severos pelos próprios pacientes. Os resultados mostraram que sintomas não-físicos (psicossociais) foram 54% dos 15 primeiros efeitos colaterais sentidos como mais severos.

Em ordem decrescente, os 10 primeiros foram: vômito, náusea, queda do cabelo, pensar em vir para o tratamento, duração do tratamento, ter que submeter-se a uma agulha, falta de ar, cansaço/fadiga, dificuldade para dormir e o tratamento afetar minha família ou parceiro (a). A náusea e o vômito continuam sendo um dos sintomas mais temidos pelos pacientes (SUN et al. 2005).

Os autores concluem dizendo que a partir do momento em que a equipe de saúde se atém à forma como o tratamento é percebido pelos próprios pacientes, é possível investir em melhores ferramentas para aperfeiçoar a assistência dada ao paciente recebendo quimioterapia (COATES et al. 1983).

Em 1993, o estudo foi repetido por GRIFFIN et al. (1996). Com o advento de novas drogas antieméticas e conseqüente melhor controle clínico dos efeitos colaterais, supunha-se que mudanças teriam ocorrido na percepção dos pacientes em relação aos sintomas do tratamento. Desta vez, foram avaliados 155 pacientes recebendo quimioterapia ambulatorial no mesmo Hospital Universitário do estudo anterior.

Os objetivos do estudo eram: identificar os principais sintomas experimentados pelos pacientes recebendo quimioterapia em 1993; descrever as mudanças que poderiam ter ocorrido desde o estudo anterior; e identificar prioridades para pesquisar maneiras de ajudar os pacientes a enfrentarem o tratamento.

A metodologia utilizada foi similar, porém algumas modificações ocorreram, como por exemplo, os regimes de tratamento quimioterápico foram divididos em grupos diferentes (devido às modificações ocorridas nos 10 anos que separam os estudos) e o critério de inclusão dos pacientes mudou pelo fato de incluir não somente pacientes com doença avançada, mas sim pacientes em estádios clínicos diversos. Somente os resultados dos doentes com doença avançada é que foram comparados com os resultados do estudo de 1983.

Os resultados sugeriram uma redução da severidade de alguns sintomas e a mudança de preocupações referentes a aspectos físicos do tratamento para aspectos psicossociais, ou seja, preocupações afetivas e referentes à família, ao trabalho e às atividades sociais. Eles atribuem estas mudanças principalmente ao fato da redução da preocupação com os sintomas físicos ter deixado espaço para a expressão de preocupação com sintomas psicossociais. Relatam a tendência dos pacientes a serem mais participativos, reivindicarem mais informações, se envolverem mais nas tomadas de decisões do tratamento, que eram anteriormente exclusivas dos médicos. Assim, os pacientes sentem-se mais capazes de falar sobre questões emocionais e psicológicas (SUN et al. 2005).

Na Inglaterra em 1997, autores realizaram um levantamento com metodologia similar à utilizada por COATES et al. 1983 (BOER–DENNERT et al. 1997). Porém, desta vez além de classificar os sintomas físicos e não-físicos percebidos como mais severos pelos pacientes, avaliam o impacto da nova medicação anti-emética “antagonista 5HT3”. No estudo inglês, náusea, vômito e perda de cabelo foram descritos como os 3 primeiros sintomas mais incômodos para os pacientes. Ressaltam que mesmo a medicação tendo reduzido a ocorrência de náusea e vômito

induzidos pela quimioterapia, estes sintomas continuam sendo muito estressantes para os pacientes.

Os autores apontam duas hipóteses para o fato de que apesar da eficácia da medicação ser real, os pacientes mantêm-se muito incomodados com a náusea e o vômito. A primeira hipótese seria que a frequência e severidade do sintoma não estão necessariamente ligadas ao nível de estresse atribuído a ele. Ou seja, sentir um sintoma ainda é uma experiência particular, ligada à percepção e tolerância individual de cada paciente; por exemplo, para um paciente, dez dias de náusea média pode ser mais estressante do que um dia de vômito severo.

Já a segunda hipótese levantada pelos autores é que a medicação controla melhor a náusea e o vômito agudos, não a náusea que ocorre após dias do tratamento realizado. Os autores apontam também que o efeito da medicação não é mantido com o passar do tempo e concluem que com o aumento de número de ciclos de quimioterapia, ocorre uma queda progressiva da eficácia da medicação anti-emética. O ponto mais importante do artigo é o seguinte: a introdução dos novos anti-eméticos claramente é positiva, mas é preciso não superestimar seu valor, pois os pacientes mantêm-se muito incomodados com a náusea e o vômito relacionados ao tratamento quimioterápico, sendo ainda um sintoma muito severo na visão dos pacientes.

Em 1999, LINDLEY et al. avaliaram as percepções dos efeitos colaterais da quimioterapia em um grupo de 146 pacientes com câncer e 224 pessoas sem câncer.

Pacientes com câncer classificaram náusea, alopecia, fadiga e vômito como os quatro sintomas mais incômodos durante o tratamento (LINDLEY et al. 1999).

A expectativa que o paciente faz em relação ao tratamento quimioterápico influencia na maneira pela qual o mesmo vivenciará os efeitos do tratamento. Os

autores sugerem que em geral os sintomas que os pacientes mais temem são: a náusea e o vômito e evidenciam que pacientes em programação de quimioterapia esperam sentir mais efeitos colaterais que os pacientes aguardando iniciar a quimioterapia (HOFMAN et al. 2004).

Após quase 20 anos de realização do primeiro estudo, os Departamentos de Oncologia e Farmácia do Hospital Pitié Salpêtrière em Paris (França), realizaram um levantamento (similar ao de 1983 realizado por COATES et al.) sobre a percepção dos pacientes em relação aos efeitos colaterais da Quimioterapia (CARELLE et al. 2002).

Utilizando metodologia similar, os autores entrevistaram 100 pacientes fazendo quimioterapia ambulatorialmente. Os objetivos eram investigar as mudanças ocorridas na percepção dos doentes e avaliar o impacto de novos tratamentos. Os dados foram analisados em subgrupos divididos em características clínicas, sociais e demográficas.

A partir dos resultados da análise dos dados, concluem que ocorreu uma mudança considerável. Neste levantamento o efeito colateral mais severo foi o fato do tratamento afetar a família ou parceiro (a), sendo alopecia o segundo mais incômodo e fadiga o terceiro. Seguidos por: afetar meu trabalho / tarefas domésticas (quarto), afetar minhas atividades sociais (quinto) e perda de desejo sexual (sexto).

Portanto, neste estudo, fadiga e aspectos psicossociais preocupam predominantemente se comparados com náusea e vômito (que eram anteriormente os mais severos). Os dados são consistentes com o progresso que ocorre em reduzir efeitos tóxicos associados à quimioterapia. As consequências emocionais, sociais e sexuais do tratamento oncológico apresentam desafios contínuos em esforços para

otimizar a qualidade de vida e desenvolver assistência efetiva. A redução da qualidade de vida pode influenciar adversamente na aderência do doente ao tratamento (CARELLE et al. 2002).

Segundo os autores, os dados sugerem que como os efeitos colaterais físicos da quimioterapia têm sido melhor controlados, o maior impacto do câncer e seus tratamentos têm se tornado um complexo físico-psicossocial; composto por fadiga combinado com efeitos adversos na vida familiar, no trabalho e atividades sociais (CARELLE et al. 2002).

Os pesquisadores sugerem que enquanto a toxicidade do tratamento não pode ser eliminada por completo, esforços têm que ser feitos para desenvolver melhores formas de manejo dos efeitos colaterais da quimioterapia. Seria primordial então criar novas e melhores maneiras de apoio para o paciente enfrentar todo o processo do tratamento (SUN et al. 2005).

Uma das recomendações dadas pelos autores no artigo “*Patient perceptions during cancer chemotherapy*” é que, antes de tudo, pacientes devem ser muito bem informados a respeito dos possíveis efeitos colaterais da quimioterapia. Esta “preparação” seria crucial para diminuir a ansiedade pré-tratamento e entender qual é a origem adequada do sintoma vivenciado, se ele está relacionado ao tratamento ou à doença oncológica de base (NERENZ e LOVE 1986).

Outro aspecto relevante que os profissionais de saúde não podem negligenciar é a qualidade da informação passada ao paciente sobre a quimioterapia. Alguns pacientes queixam-se de ter recebido pouca informação prática sobre como enfrentar o tratamento e seus possíveis efeitos colaterais; e que este fato aumenta o estresse

relacionado ao tratamento. Informação adequada e precisa, dada no momento certo, auxilia o paciente a enfrentar melhor o tratamento (BEISECHER et al. 1997).

A literatura sugere a necessidade de amplas discussões entre pacientes e profissionais de saúde sobre os efeitos colaterais da quimioterapia, seus significados, métodos de enfrentamento e estresse psicológico (LOVE et al. 1989). A abordagem ao paciente mais apropriada é um diálogo franco sobre os benefícios terapêuticos e a possível toxicidade advinda do tratamento (GREEN 1996).

Segundo CASSILETH et al. (1985), existem nítidas diferenças de percepção dos pacientes em quimioterapia de culturas distintas, evidenciando as influências psicossociais de cada cultura. O mesmo agente quimioterápico pode induzir a diferentes reações e intensidades de efeitos colaterais, sendo esta uma das possíveis hipóteses para que estudos investigando a percepção dos pacientes em relação aos efeitos colaterais da quimioterapia, sejam repetidos em culturas diversas.

2 OBJETIVOS

1. Traduzir e fazer a versão adaptada para o português das duas listas de sintomas físicos e não-físicos.
2. Identificar sintomas referidos por pacientes em quimioterapia e classificá-los em ordem de importância para os mesmos.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo transversal.

3.2 CASUÍSTICA

No período de janeiro de 2006 a agosto de 2006, foram entrevistados pacientes em tratamento quimioterápico na Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer A.C. Camargo, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, alfabetizados, com doença metastática. Cento e sessenta e um pacientes preencheram os critérios de inclusão, foram excluídos 31 pacientes; sendo que 10 recusaram participar do estudo (alegando dor e/ou sono) e 21 não escolheram o número mínimo de cartões necessários, totalizando então, uma amostra de 130 pacientes.

3.3 METODOLOGIA

As listas de sintomas físicos e não-físicos, grupos A e B respectivamente, foram utilizadas por COATES et al. (1983), GRIFFIN et al. (1993) e CARELLE et al. (2002) (Anexo 2). Inicialmente realizou-se contato com os autores e, após autorização, executou-se o processo de “back translation” com a listagem de sintomas a ser utilizada. O processo de “back translation” ocorreu da seguinte

maneira: dois tradutores que tinham como língua nativa a língua para qual o instrumento seria traduzido e que possuíam fluência na língua inglesa realizaram a tradução das listas de sintomas. O coordenador do processo comparou as versões e concordou com as traduções realizadas (caso não houvesse concordância entre as traduções, um terceiro tradutor realizaria a tradução do instrumento e discutiria sobre as listas entre os tradutores). Após a tradução realizou-se a versão em inglês por outros dois tradutores que tinham o inglês como língua nativa e que possuíam fluência na língua para qual o instrumento foi traduzido. O coordenador comparou o instrumento traduzido com a versão original e após discussão das divergências realizou-se teste do instrumento.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com os pacientes recebendo quimioterapia ambulatorial na Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer A.C. Camargo em São Paulo, durante a sessão de quimioterapia. O tempo de entrevista foi, em média, de trinta minutos. Também foi realizada a coleta de dados clínicos e demográficos dos pacientes (Anexo 3).

Foram apresentados aos pacientes dois grupos de cartões contendo em cada um deles um provável efeito colateral referente à quimioterapia (grupo A, constituído por 45 sintomas físicos, e grupo B, constituído por 27 sintomas não-físicos). Solicitou-se que o paciente selecionasse, dentre os cartões apresentados, os efeitos colaterais experimentados durante sua quimioterapia. Após esta primeira seleção, identificou-se quais eram os cinco efeitos colaterais mais severos de cada grupo.

Misturou-se os cinco cartões do grupo A e os cinco cartões do grupo B e novamente graduou-se de acordo com a severidade, colocando o mais incômodo em primeiro e o menos incômodo em décimo. Obteve-se assim, uma lista dos dez efeitos colaterais (físicos e não-físicos) relacionados à quimioterapia sentidos como os mais severos pelos próprios pacientes.

Para se obter a ordenação geral dos sintomas de acordo com a severidade foram atribuídos pontos da seguinte maneira: cinco pontos para o primeiro sintoma graduado como o mais incômodo, quatro pontos para o segundo e seguindo assim até atribuir um ponto para o quinto sintoma. Os pontos atribuídos para cada sintoma foram somados e, por último, os sintomas foram ordenados separadamente no grupo A e no grupo B em ordem decrescente de pontos.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi feita estatística descritiva para caracterizar a amostra (porcentagem, média, mediana e valores mínimos e máximos). A comparação do número médio de cartões por grupo foi feita pelo teste de WILCOXON. Os sintomas foram atribuídos pela ordem decrescente de pontos e as análises foram feitas para o total da amostra e separadamente segundo sexo, estado civil, grau de escolaridade e raça.

4 RESULTADOS

Um total de 130 pacientes concordou em participar do estudo. A Tabela 1 mostra a caracterização da amostra que foi composta por 89 mulheres (68,5%) e 41 homens (31,5%). A idade média dos participantes foi de 53,1 anos e mediana de 54,5 anos (com idade variando de 19 a 88 anos). O número médio de cartões escolhidos no grupo A foi superior à média dos selecionados no grupo B ($15,8 \times 9,5$; $p < 0,001$).

A maioria dos pacientes foi pertencente à raça branca (83,8%), casados/amasiados (68,5%) e teve grau de escolaridade de ensino médio incompleto e completo (31,5%) ou ensino superior incompleto e completo (47,7%).

A patologia mais comum dentre os participantes foi o câncer de mama (40 pacientes / 30,8%), seguida do câncer gastrointestinal (26 pacientes / 20%). O tempo entre a data do início da quimioterapia e a data da entrevista variou de 1 mês a 31 meses, com média de 6,2 meses e mediana de 4 meses.

Trinta e sete pacientes receberam tratamento quimioterápico do grupo 1 que inclui cisplatina, oxaliplatina ou dacarbazina, 10 pacientes receberam tratamento quimioterápico que inclui antraciclinas ou ciclofosfamida (grupo 2), 36 pacientes receberam tratamento quimioterápico que inclui taxane sem cisplatina ou oxaliplatina (grupo 3) e 47 pacientes receberam quimioterapia que excluiu qualquer droga dos grupos 1, 2 e 3 (grupo 4). E o uso de psicofármacos durante o tratamento quimioterápico foi referido por 50 pacientes (38,5%).

Tabela 1 - Número e porcentagem de pacientes segundo características demográficas e clínicas

Variável	Categoria	Nº	%
Sexo	Feminino	89	68,5
	Masculino	41	31,5
Grupo A*	Media	15	-
	Mediana	5-34	-
Grupo B**	Media	9	-
	Mediana	5-24	-
Raça	Branca	109	83,8
	Não-branca	21	16,2
Estado civil	Casado /amasiado	89	68,5
	Solteiro	15	11,5
	Separado /divorciado	15	11,5
	Viúvo	11	8,5
Grau de escolaridade	Ens.Fund. incompleto	13	10
	Ens. Fund. completo	14	10,8
	Ens.Méd. incompleto	2	1,5
	Ens. Méd. completo	39	30
	Ens. Sup. incompleto	8	6,2
	Ens. Sup. completo	54	41,5
Diagnóstico	Mama	40	30,8
	Pulmão	7	5,4
	Gastrointestinal	26	20
	Outros	57	43,9
Tipo de tratamento quimioterápico***	1	37	28,5
	2	10	7,7
	3	36	27,7
	4	47	36,2
Uso de psicofármaco	Não	80	61,5
	Sim	50	38,5
Total		130	100

*Grupo de cartões referentes aos sintomas físicos

** Grupo de cartões referentes aos sintomas não-físicos

***Grupo 1: tratamento incluindo cisplatina, oxaliplatina ou dacarbazina

Grupo 2: tratamento incluindo antraciclinas ou ciclofosfamida

Grupo 3: tratamento incluindo taxane sem cisplatina ou oxaliplatina

Grupo 4: outros.

Tabela 2 mostra a classificação dos 15 efeitos colaterais de acordo com a severidade de todo o grupo de 130 pacientes. Os pacientes classificaram em primeiro lugar o efeito colateral não-físico *afeta minha família ou parceiro (a)* como sendo o sintoma mais severo de tolerar durante a quimioterapia. Em segundo lugar, ficou a *náusea* e em terceiro *afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas. Perda do cabelo, sentir-se “pra baixo” (deprimido) e sentindo-se tenso ou ansioso* foram classificados respectivamente em quarto, quinto e sexto lugares, seguidos por *ansiedade sobre iniciar o tratamento* em sétimo, *constantemente cansado* em oitavo, *vômito* em nono e *afeta minhas atividades sociais* em décimo lugar.

Em relação aos 15 primeiros efeitos colaterais classificados como mais severos, 9 (60%) pertencem ao grupo B (sintomas não-físicos/psicossociais), enquanto que 6 (40%) pertencem ao grupo A (sintomas físicos), mostrando que os efeitos colaterais “psicossociais” incomodam mais os pacientes do que os efeitos colaterais físicos.

Tabela 2 - Classificação dos 15 principais efeitos colaterais de acordo com a severidade de todo o grupo.

Sintomas	Classificação	Score
Afeta minha família ou parceiro (a)	1	224
Náusea	2	214
Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	3	195
Perda de cabelo	4	195
Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	5	186
Sentindo-se tenso ou ansioso	6	178
Ansiedade sobre iniciar o tratamento	7	167
Constantemente cansado	8	138
Vômito	9	132
Afeta minhas atividades sociais	10	108
Perda do desejo sexual	11	106
Dificuldade de dormir	12	92
Constipação	13	91
Irritabilidade, mau-humor	14	85
Período de tempo gasto com o tratamento no Ambulatório	15	82

A Tabela 3 mostra a classificação dos efeitos colaterais de acordo com o sexo (feminino / masculino). Os homens do estudo classificaram em 1º lugar *afeta minha família ou parceiro (a)*, enquanto as mulheres classificaram a *náusea* como sendo o sintoma mais severo. *Perda de desejo sexual* ficou em 2º lugar para os homens, enquanto as mulheres não classificaram este efeito colateral entre os 10 primeiros. Já a *perda do cabelo* é mais incômoda para as mulheres que classificaram este efeito em 2º lugar, os homens classificaram em 8º. Para ambos os sexos, *sentir-se “pra baixo” (deprimido)*, *ansiedade sobre iniciar o tratamento* e *sentindo-se tenso ou ansioso* são efeitos colaterais também difíceis de tolerar, tendo sido classificados entre os 10 primeiros por homens e mulheres.

Tabela 3 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o Sexo.

Classificação	Sexo Masculino	n: 41	Sexo Feminino	n: 89
	Sintoma	pontos	Sintoma	pontos
1	Afeta minha família ou parceiro (a)	73	Náusea	160
2	Perda de desejo sexual	58	Perda de cabelo	155
3	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	57	Afeta minha família e parceiro (a)	151
4	Náusea	54	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	138
5	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	52	Sentindo-se tenso ou ansioso	138
6	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	48	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	134
7	Afeta minhas atividades sociais	45	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	119
8	Perda de cabelo	40	Constantemente cansado	98
9	Sentindo-se tenso ou ansioso	40	Vômito	94
10	Constantemente cansado	40	Dores generalizadas	70

A Tabela 4 evidencia a classificação de efeitos colaterais de acordo com a idade. Para os pacientes na faixa etária entre 19-44 anos, o efeito colateral mais incômodo é o fato da quimioterapia *afetar meu trabalho, minhas tarefas domésticas*, já para as outras faixas etárias (45-60 anos e 61-88 anos) este efeito foi respectivamente o 8º e o 7º na classificação. A *perda do cabelo* foi citada entre os 10 primeiros efeitos nos 3 grupos de faixas etárias; os mais jovens classificaram este efeito em 6º lugar, já os grupos de 45 a 60 anos e 61 a 88 anos classificaram este efeito em 3º lugar.

Náusea e vômito aparecem nas três classificações dos grupos de faixa etária entre os 10 primeiros efeitos colaterais mais severos; assim como *afeta minha família ou parceiro (a)* ficou respectivamente em 2º lugar para o 1º grupo (19 a 44 anos), em

1º lugar para o 2º grupo (45 a 60 anos) e em 4º lugar para o 3º grupo (61 a 88 anos).

Dificuldade de dormir aparece apenas na classificação dos pacientes mais jovens.

Tabela 4 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com a Idade.

Classificação	19-44 (n = 30)	Pt	45-60 (n = 59)	pt	61-88 (n = 41)	Pt
1	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	66	Afeta minha família ou parceiro (a)	105	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	72
2	Afeta minha família ou parceiro (a)	58	Náusea	99	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	71
3	Náusea	57	Perda de cabelo	94	Perda de cabelo	65
4	Constantemente cansado	42	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	92	Afeta minha família ou parceiro (a)	61
5	Dores generalizadas	38	Sentindo-se tenso ou ansioso	84	Sentindo-se tenso ou ansioso	59
6	Perda de cabelo	36	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	79	Náusea	58
7	Sentindo-se tenso ou ansioso	35	Constantemente cansado	76	Afeta meu trabalho, minhas atividades domésticas.	56
8	Vômito	35	Afeta meu trabalho, minhas atividades domésticas.	73	Afeta minhas atividades sociais	47
9	Afeta minhas atividades sociais	33	Perda do desejo sexual	64	Vômito	38
10	Dificuldade de dormir	31	Vômito	59	Formigamento nos membros (dedos das mãos e dos pés)	35

Já a Tabela 5 mostra a classificação de efeitos colaterais de acordo com o estado civil dos pacientes do estudo. Os pacientes casados classificaram em 1º lugar o efeito colateral *afeta minha família ou parceiro (a)*, este mesmo efeito é classificado em 7º pelos solteiros, em 6º para os separados e em 10º para os viúvos. Os pacientes solteiros classificaram em 1º e 2º lugar os seguintes efeitos: *sentindo-se*

tenso ou ansioso e ansiedade sobre iniciar o tratamento; efeitos estes também citados entre os 10 primeiros pelos outros grupos (casados, separados e viúvos).

Para os pacientes separados / divorciados, o efeito colateral mais severo é a *perda do cabelo*, ficando em 4º lugar para os casados; em 5º para os solteiros e não aparecendo na classificação dos pacientes viúvos. Os pacientes viúvos classificaram em 1º lugar o fato de a quimioterapia *afetar meu trabalho, minhas tarefas domésticas*. O efeito colateral *sentir-se “pra baixo” (deprimido)* é citado pelos 4 grupos em suas classificações; ficando em 5º lugar para os casados, em 3º para os solteiros, em 8º para os separados e em 2º lugar para os viúvos. *Perda de desejo sexual* só aparece na listagem dos pacientes casados (em 10º lugar).

Tabela 5 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o Estado Civil

Classificação	Casado (n: 89)	pt	Solteiro (n: 15)	pt	Separado (n: 15)	pt	Viúvo (n: 11)	pt
1	Afeta minha família ou parceiro (a)	171	Sentindo-se tenso ou ansioso	28	Perda de cabelo	39	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	25
2	Náusea	160	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	26	Sentindo-se tenso ou ansioso	31	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	22
3	Afeta meu trabalho, minhas atividades domésticas.	136	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	22	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	27	Perda de apetite	21
4	Perda de cabelo	124	Afeta minhas atividades sociais	21	Náusea	25	Náusea	16
5	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	121	Perda de cabelo	20	Ter que levar “agulhadas”	24	Formigament o nos membros (dedos das mãos e dos pés)	15
6	Sentindo-se tenso ou ansioso	105	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	18	Afeta minha família ou parceiro (a)	22	Sentindo-se tenso ou ansioso	14
7	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	101	Afeta minha família ou parceiro (a)	18	Sentimento de ter que submeter-se a um tratamento que eu não quero	21	Não consegue sentir o gosto das coisas	13
8	Vômito	100	Irritabilidade , mau-humor.	15	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	21	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	13
9	Constantement e cansado	99	Feridas na boca	15	Constipação	18	Período de tempo gasto com o tratamento no Ambulatório	13
10	Perda de desejo sexual	97	Constan-temente cansado	14	Constan-temente cansado	18	Afeta minha família ou parceiro (a)	13

A classificação dos efeitos colaterais de acordo com o diagnóstico é mostrada na Tabela 6. As pacientes com câncer de mama listaram *afeta minha família ou parceiro (a)*, *perda do cabelo* e *afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas*, como os três primeiros efeitos colaterais mais incômodos.

Já os pacientes com câncer gastrointestinal classificaram a *náusea* em 1º lugar; para os pacientes com câncer de mama, a *náusea* ficou em 6º lugar, para os pacientes com câncer de pulmão, a *náusea*, ficou em 2º e para os pacientes com outros diagnósticos oncológicos, a *náusea*, aparece em 4º lugar. O sintoma *constipação* aparece somente na classificação dos pacientes com câncer gastrointestinal (9º lugar).

Sentindo-se tenso ou ansioso é o efeito colateral mais severo para os pacientes com câncer de pulmão e, *tontura ao levantar-se*, só aparece na listagem destes pacientes (10º lugar).

Tabela 6 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o Diagnóstico.

Classificação	Câncer de Mama (n: 40)	pt	Câncer Gastro intestinal (n: 26)	pt	Câncer de pulmão (n: 7)	pt	Outros diagnósticos (n: 57)	pt
1	Afeta minha família ou parceiro (a)	82	Náusea	61	Sentindo-se tenso ou ansioso	15	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	97
2	Perda de cabelo	74	Afeta minha família ou parceiro (a)	51	Náusea	13	Perda de cabelo	94
3	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	59	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	37	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	11	Afeta minha família ou parceiro (a)	88
4	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	54	Sentindo-se tenso ou ansioso	35	Perda de cabelo	11	Náusea	88
5	Sentindo-se tenso ou ansioso	54	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	33	Vômito	10	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	86
6	Náusea	52	Dificuldade de dormir	30	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	9	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	86
7	Constantement e cansado	52	Perda do desejo sexual	29	Afeta minhas atividades sociais	9	Sentindo-se tenso ou ansioso	74
8	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	43	Período de tempo gasto com o tratamento no Ambulatório	28	Perda de apetite	8	Vômito	58
9	Irritabilidade, mau-humor.	42	Constipação	28	Constantem ente cansado	7	Constantement e cansado	52
10	Vômito	42	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	27	Tontura ao levantar-se	7	Afeta minhas atividades sociais	52

A Tabela 7 é referente à classificação de efeitos colaterais de acordo com o tipo de tratamento quimioterápico. Sendo que o grupo 1 tratou-se com cisplatina, oxaliplatina dacarbazina; o grupo 2 com antraciclinas ou ciclofosfamida; o grupo 3 com taxane sem cisplatina ou oxaliplatina e o grupo 4 tratou-se com drogas que excluía as utilizadas pelos grupos 1,2 e 3. O grupo 1 listou *sentindo-se tenso ou ansioso* como o efeito colateral mais severo, sendo *ansiedade sobre iniciar o*

tratamento o 2º da lista. O grupo 2 listou *náusea e vomito* como 1º e 2º sintoma. Estes sintomas também aparecem nas classificações dos grupos 1 e 3; em 3º e 7º lugares no grupo 1 e em 7º e 10º lugares no grupo 3. Os pacientes pertencentes ao grupo 3 classificaram a *perda do cabelo e afeta minha família ou parceiro(a)*, em 1º e 2º lugar respectivamente.

Tabela 7 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o Tipo de Tratamento

Classificação	Grupo 1 (n=37)	pt	Grupo 2 (n=10)	pt	Grupo 3 (n=36)	pt	Grupo 4 (n=47)	pt
1	Sentindo-se tenso ou ansioso	68	Náusea	19	Perda de cabelo	88	Afeta minha família ou parceiro (a)	93
2	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	68	Vômito	16	Afeta minha família ou parceiro (a)	67	Náusea	93
3	Náusea	64	Afeta minha família ou parceiro (a)	15	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	64	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	71
4	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	63	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	15	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	47	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	70
5	Afeta minha família ou parceiro (a)	49	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	14	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	43	Sentindo-se tenso ou ansioso	59
6	Constipação	47	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	14	Sentindo-se tenso ou ansioso	41	Perda de cabelo	58
7	Vômito	45	Afeta minhas atividades sociais	14	Náusea	38	Perda de desejo sexual	54
8	Perda de cabelo	44	Dores generalizadas	14	Dores generalizadas	35	Constantement e cansado	53
9	Constantemente cansado	43	Não consegue que as roupas sirvam	12	Constantemente cansado	31	Perda de apetite	44
10	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	38	Mudança no gosto das coisas	11	Vômito	30	Ter que levar “agulhadas”	42

*grupo 1:tratamento incluindo cisplatina,oxaliplatina ou dacarbazina
 grupo 2: tratamento incluindo antraciclinas ou ciclofosfamida
 grupo 3: tratamento incluindo taxane sem cisplatina ou oxaliplatina
 grupo 4:outros.

A Tabela 8 evidencia a classificação de efeitos colaterais de acordo com o grau de escolaridade. Os pacientes que possuem o ensino fundamental (incompleto e completo) listaram *sentir-se “pra baixo” (deprimido)* em 1º lugar; os pacientes que possuem ensino médio (incompleto e completo) listaram *afeta minha família ou parceiro (a)* e os pacientes com ensino superior (incompleto e completo) listaram *náusea* como sendo os sintomas mais severos durante a quimioterapia.

Tabela 8 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o Grau de Escolaridade

Classificação	Ensino Fundamental (n: 27)	pt	Ensino Médio (n: 41)	pt	Ensino Superior (n: 62)	Pt
1	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	57	Afeta minha família ou parceiro (a)	79	Náusea	118
2	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	52	Náusea	68	Afeta minha família ou parceiro (a)	110
3	Perda de cabelo	49	Perda de apetite	66	Sentindo-se tenso ou ansioso	92
4	Sentindo-se tenso ou ansioso	40	Perda de cabelo	60	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	91
5	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	38	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	51	Perda de cabelo	86
6	Afeta minha família ou parceiro (a)	35	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	48	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	81
7	Perda do desejo sexual	29	Sentindo-se tenso ou ansioso	46	Vômito	77
8	Perda de apetite	29	Constantemente cansado	44	Constantemente cansado	68
9	Náusea	28	Afeta minhas atividades sociais	39	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	64
10	Constantemente cansado	26	Vômito	38	Constipação	56

A Tabela 9 classifica os efeitos colaterais de acordo com a utilização ou não de psicofármacos durante a quimioterapia. Cinquenta pacientes (38,5%) utilizaram psicofármacos durante o tratamento e classificaram *afeta minha família ou parceiro (a)*, *sentir-se “pra baixo” (deprimido)* e *náusea* como os 3 primeiros efeitos colaterais mais incômodos. Oitenta pacientes (61,5%) não utilizaram psicofármacos durante o tratamento e listaram *náusea*, *afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas* e *perda do cabelo* como os 3 primeiros efeitos.

Tabela 9 - Classificação de Efeitos Colaterais de acordo com o uso de Psicofármacos

Classificação	Sim (n: 50)	pt	Não (n: 80)	pt
1	Afeta minha família ou parceiro (a)	93	Náusea	140
2	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	76	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	137
3	Náusea	74	Perda de cabelo	133
4	Sentir-se tenso ou ansioso	68	Afeta minha família ou parceiro (a)	131
5	Perda de cabelo	62	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	110
6	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	58	Sentir-se tenso ou ansioso	110
7	Constantemente cansado	58	Ansiedade sobre iniciar o tratamento	109
8	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas.	58	Vômito	93
9	Dificuldade de dormir	45	Constantemente cansado	80
10	Dores generalizadas	45	Perda de desejo sexual	76

O quadro 1 representa os sintomas classificados em primeiro e segundo lugares conforme categorias. O sintoma *afeta minha família ou parceiro(a)* é o primeiro mais citado pelos homens, pelos pacientes na faixa etária de 45 a 60 anos e pelos pacientes casados. Já a *náusea* é o primeiro sintoma mais citado pelas mulheres

e pelos pacientes com câncer gastrointestinal.

Quadro 1 - Sintomas classificados em 1º e 2º lugares conforme categorias.

Sintoma	Primeiro sintoma mais citado por:	Segundo sintoma mais citado por:
Afeta minha família ou parceiro (a)	Homem, 45 - 60, casado, ca mama, grupo 4, ensino médio	19 - 44, ca gastrointestinal, grupo 3, ensino superior
Náusea	Mulher, ca gastrointestinal, grupo 2, ensino superior	45-60, casado, ca pulmão, grupo 4, ensino médio
Perda de cabelo	Separado, grupo 3	Mulher, ca mama, outros diagnósticos
Sentir-se tenso ou ansioso	Solteiro, ca pulmão, grupo 1	Separado
Ansiedade sobre iniciar o tratamento	61 – 88	Solteiro, grupo1, ensino fundamental
Sentir-se “pra baixo” (deprimido)	Ensino fundamental	61 - 88, viúvo
Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas	19 - 44, viúvo, outros diagnósticos	-
Perda de desejo sexual	-	Homem
Vômito	-	Grupo 2

*grupo 1:tratamento incluindo cisplatina,oxaliplatina ou dacarbazina

grupo 2: tratamento incluindo antraciclinas ou ciclofosfamida

grupo 3: tratamento incluindo taxane sem cisplatina ou oxaliplatina

grupo 4:outros

5 DISCUSSÃO

Pacientes com câncer recebendo tratamento quimioterápico frequentemente vivenciam um número amplo de efeitos colaterais estressantes; tais sintomas geralmente comprometem a qualidade de vida do paciente. Estes efeitos colaterais podem ser tanto físicos como psicológicos, e os psicológicos não necessariamente devem estar relacionados a algum transtorno psicopatológico ou às medicações anti-neoplásicas; podem sim ser reações esperadas de um tratamento tão agressivo e que muitas vezes fragiliza emocionalmente o paciente e sua família (CAREY e BURISH 1988).

Pacientes submetidos à quimioterapia relatam um declínio no seu estado físico, emocional e bem-estar social (BEISECHER et al. 1997). Existe uma forte razão para acreditar que a extensão de problemas dos pacientes em relação à quimioterapia não é determinada somente pela natureza das drogas administradas; a interação ocorrida entre o efeito da droga e o estado emocional do paciente é uma reação individual e única, determinando assim a grande variação do estresse vivenciado por cada paciente durante o tratamento (GREEN 1996).

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, o efeito colateral que mais incomodou os pacientes durante a quimioterapia é o fato de *afetar minha família ou parceiro(a)*, sendo este um efeito relacionado à vida psicossocial do paciente. Dentre os 10 primeiros efeitos colaterais classificados, 6 são psicossociais (e dentre os 15 primeiros, 9 são psicossociais); evidenciando assim a importância da questão emocional e social durante o tratamento e como o paciente padece e sofre

não só fisicamente como psicologicamente.

Os principais efeitos colaterais classificados estão relacionados a sintomas psicológicos como ansiedade (*sentindo-se tenso ou ansioso e ansiedade sobre iniciar o tratamento*) e humor deprimido (*sentir-se “pra baixo” (deprimido)*). Os efeitos colaterais da quimioterapia são temidos pelos pacientes assim que iniciam o tratamento e a maioria dos pacientes possui idéias pré-concebidas a respeito da quimioterapia devido a forma com que o tratamento é exibido pela mídia e o relato das experiências anteriores de familiares e amigos (PASSIK et al. 2001). Antes de iniciar o tratamento, 33% dos pacientes indicaram que conheciam alguém que havia tido uma má experiência com a quimioterapia, e que esta informação tinha sido uma forte influência para os mesmos relutarem a iniciar o tratamento (GREEN 1996). Assim torna-se possível entender porque boa parte dos pacientes deste estudo apresenta certa ansiedade sobre iniciar o tratamento e realmente esperam que irão sofrer algum efeito colateral.

Levin et al. (1985) citado por PASSIK et al. (2001, p.114), demonstraram que pessoas saudáveis esperam sofrer dor severa caso venham adoecer de câncer; corroborando mais uma vez com o pesado estigma social do câncer, relacionado inevitavelmente a dor e sofrimento. Porém, outro autor aponta nos resultados de seu estudo sobre as percepções e medos dos pacientes sobre a quimioterapia, que as percepções dos pacientes mudam de acordo com o avanço do tratamento; os pacientes passam a ter sua própria opinião sobre o tratamento e abandonam algumas idéias e medos iniciais (PASSIK et al. 2001).

Comparando a classificação dos 10 primeiros efeitos colaterais mais severos deste estudo com a publicação de COATES et al. (1983) percebemos alguns fatos

interessantes. A *perda do cabelo* e a *náusea* mantém-se entre os 5 primeiros efeitos mais incômodos, mesmo tendo-se passado mais de 20 anos entre os estudos. O efeito colateral *constantemente cansado* aparece em oitavo lugar em ambos os estudos. *Vômito* ficou em primeiro lugar no primeiro estudo e em nono no segundo estudo, em contrapartida, *afeta minha família ou parceiro(a)* ficou em décimo no primeiro estudo e em primeiro no segundo. Este padrão de resultados demonstra, portanto, a grande mudança que estes determinados sintomas sofreram durante o tempo.

Segundo GREEN (1996), nos últimos anos grandes progressos ocorreram no sentido de minimizar os efeitos colaterais relacionados à quimioterapia; incluindo a introdução de uma nova geração de anti-eméticos para tornar o tratamento mais tolerável. Em relação à *náusea* e o *vômito*, PASSIK et al. (2001) afirmam que apesar de ter ocorrido um grande avanço nas medicações anti-eméticas, o público em geral não consegue ainda perceber a magnitude deste progresso. Os avanços no controle clínico de alguns sintomas relacionados à quimioterapia acontecem, mas socialmente e culturalmente as mudanças ainda são lentas.

Ao investigar especificamente sobre náusea e vômito pós-quimioterapia, MARTIN et al. (2003), afirmam que de acordo com os resultados da sua investigação sobre o assunto, dois principais aspectos (do ponto de vista psicológico) levariam a náusea e vômito pós-quimioterapia. O primeiro seria o estresse emocional durante o tratamento e o segundo seriam as experiências passadas de náusea e vômito em outros contextos. Porém, realçam que náusea e vômito durante a quimioterapia são muito “especiais”, não estão relacionados somente com experiências anteriores, mas mais ligadas a ansiedade e estresse relacionados ao tratamento atual. E evidenciam que quanto antes se intervir nestes pacientes para alterar suas expectativas negativas

ao tratamento melhor é.

Em 1993, GRIFFIN et al. repetiram o estudo de COATES et al. (1983) mas com algumas alterações na metodologia. Neste levantamento, os autores reconhecem os esforços ocorridos nos últimos 10 anos para se minimizar a náusea e o vômito decorrentes da quimioterapia; mas que apesar da introdução de medicações anti-eméticas mais potentes, a náusea ainda é o primeiro efeito colateral mais incômodo de acordo com a percepção dos pacientes.

Evidenciam o aumento das queixas dos pacientes em relação aos efeitos psicossociais da quimioterapia; supõem que este aumento ocorreu devido à mudança de postura dos pacientes que se tornaram mais ativos e questionadores, sentindo-se assim mais livres para falar de seus sentimentos e emoções referentes ao tratamento.

Comparando os resultados deste presente estudo com os resultados obtidos por GRIFFIN et al. (1993), nota-se algumas modificações. Dentre os 5 primeiros efeitos colaterais apontados como os mais severos, a *náusea* saiu do primeiro lugar e foi para o segundo, *afeta minha família ou parceiro(a)* era o quarto e ficou em primeiro; *constantemente cansado* passou do segundo para o oitavo lugar, a *perda do cabelo* caiu do terceiro para o quarto lugar e o *vômito* passou de quinto para nono lugar. Aparentemente a *náusea*, a *perda do cabelo* e *afeta minha família ou parceiro(a)* continuam incomodando os pacientes.

Nota-se tanto no presente estudo como nos comentados anteriormente (COATES et al. 1983; GRIFFIN et al. 1993) que há um crescente aumento dos efeitos colaterais não-físicos(psicossociais) dentre os 10 primeiros sintomas mais severos sentidos pelos pacientes em quimioterapia.

O que nos fornece novamente o indício de que grandes avanços ocorreram no

manejo dos efeitos colaterais físicos, mas que ainda falta uma abordagem mais efetiva ao sofrimento psíquico advindo da quimioterapia.

Um levantamento organizado recentemente na França, revela que os efeitos colaterais psicossociais (não-físicos) são 54% dos sintomas sentidos pelos pacientes como os mais severos durante a quimioterapia (CARELLE et al. 2002). Outro estudo sugere também a predominância das queixas dos pacientes relativas aos efeitos colaterais psicossociais (SUN et al. 2005). Através de dados obtidos na aplicação da escala de MSAS (*Memorial Symptom Assesment Scale*) que inclui sintomas psicológicos e físicos com escores de 1,09 e 0,07 respectivamente, os autores concluem que os sintomas psicológicos acabam sendo piores do que os sintomas físicos.

O primeiro efeito colateral classificado no estudo francês foi *afeta a minha família ou parceiro(a)*, ficando em segundo a *perda de cabelo* e em terceiro *constantemente cansado*. *Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas, afeta minhas atividades sociais e perda do desejo sexual* foram respectivamente o quarto, quinto e sexto lugares. Os autores evidenciam a importância de se avaliar bem quais os efeitos colaterais mais incomodam os pacientes para planejar intervenções apropriadas e identificar possíveis questionamentos para pesquisas futuras.

Traçando uma breve comparação entre o presente estudo e o francês (CARELLE et al. 2002), podemos evidenciar alguns aspectos comuns em ambos e notar diferenças e mudanças ocorridas também. Tanto na classificação dos efeitos colaterais mais incômodos do estudo francês como neste, *afeta minha família ou parceiro(a)* apareceu em primeiro lugar, sugerindo que mesmo em países de culturas distintas, os pacientes sofrem muito com o envolvimento dos familiares durante o

tratamento quimioterápico.

Os presentes resultados, portanto, corroboram dados da literatura que mostram que o impacto do tratamento na dinâmica familiar do paciente com câncer é real. Mulheres com câncer aparentemente preocupam-se muito com o reflexo de sua doença e tratamento na sua família, e sentem uma grande necessidade de poupá-los e protegê-los. E particularmente as mulheres com filhos, demonstram grande preocupação com a maneira pela qual seus filhos irão reagir à doença e as peculiaridades do tratamento em si (RICHER e EZER 2002).

Em um artigo sobre o impacto do tratamento oncológico no âmbito psicológico e sexual dos pacientes (WIMBERLY et al. 2005), os autores afirmam que ambos os parceiros de um relacionamento experimentam estresse quando um deles têm uma doença séria e que este mesmo estresse afeta negativamente tanto a comunicação como a vida sexual do casal. Sugerem que a maneira como o parceiro encara o tratamento influencia diretamente no ajustamento do paciente ao adoecimento.

Percebe-se que os pacientes preocupam-se muito com seus familiares e em como os mesmos reagem ao tratamento (COOPER e GEORGIOU 1992). De acordo com os resultados da classificação dos efeitos colaterais deste estudo, nota-se que a família ocupa um espaço importantíssimo na vida dos pacientes.

, Soifer (1983) citado por LOPES e VALLE (2001, p.15) considera relevantes os contextos cultural e social nos quais a família está inserida e também a define como um “organismo destinado essencialmente ao *cuidado* da vida, tanto individual como social, onde se dão ou se apreendem as noções fundamentais para a consecução de tal fim”. Definindo assim o núcleo familiar podemos observar a

importância que a família possui no processo de adoecer de câncer e o quanto a doença reflete na vida emocional e afetiva dos pacientes.

O sintoma que ficou em segundo lugar na classificação deste levantamento foi *náusea*. A partir desta colocação, uma questão aparece: porque a real habilidade em prevenir a náusea e o vômito induzidos pela quimioterapia não é refletida na percepção dos pacientes sobre este efeito colateral. Nesse estudo o autor aponta dois principais motivos para que isto esteja ocorrendo. O primeiro seria que a frequência e/ou severidade do sintoma não está necessariamente ligado ao nível de estresse atribuído a ele. Ou seja, sentir um sintoma ainda é subjetivo, particular, ligado à percepção individual do paciente. E o segundo motivo apontado é que a medicação previne melhor a náusea e o vômito agudos (não a que ocorre dias após o tratamento), sendo assim, conclui-se que o efeito da medicação não é mantido com o aumento do número de ciclos de quimioterapia, ocorre uma queda progressiva da eficácia da mesma (BOER-DENNERT 1997).

A náusea e o vômito induzidos pela quimioterapia permanecem sendo um dos efeitos colaterais mais temidos pelos pacientes durante o tratamento (SUN et al. 2005). Em geral, estudos avaliando a relação entre a expectativa que o paciente faz relacionada ao tratamento e a ocorrência de efeitos colaterais durante a quimioterapia focam na náusea e no vômito e não em outros efeitos; mostrando a importância atribuída a estes sintomas (HOFMAN et al. 2004).

Assim, pode-se concluir que a introdução dos novos medicamentos anti-eméticos é positiva, mas não se deve superestimar seu valor, pois os pacientes permanecem muito incomodados com este efeito colateral.

O terceiro sintoma classificado neste estudo em ordem de severidade é *afeta*

meu trabalho, minhas tarefas domésticas. Este dado está de acordo com a colocação de WRIGHT et al. (2002) quando afirma que o tratamento oncológico interfere diretamente na rotina diária do paciente. Na classificação de efeitos colaterais de acordo com a idade (vide tabela 4), os pacientes com idade entre 19-44 anos colocaram este mesmo sintoma (*afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas*) como sendo o mais incômodo, diferindo das outras duas faixas etárias. O que nos faz supor, assim como o autor citado acima, que para a população “economicamente ativa” as mudanças na rotina diária são consideráveis e estressantes. Pacientes mais jovens tem que enfrentar maiores adaptações na vida cotidiana tais como: emprego, horários de trabalho, cuidados com as crianças/filhos, tarefas domésticas; o que aparentemente parece ser mais simples para pacientes mais velhos, que aceitam estas restrições e adaptações como parte do processo de adoecimento.

A *perda do cabelo* foi classificada em quarto lugar pelos pacientes deste presente estudo. A alopecia é a queda do cabelo, e é clinicamente relatada no ponto que aproximadamente 25% a 40% do cabelo de uma pessoa é perdido; algumas drogas anti-neoplásicas atingem células saudáveis que são responsáveis pelo crescimento dos pêlos e podem afetar os pêlos da cabeça, rosto, braços, pernas e área genital. No entanto, ela é raramente permanente, uma vez encerrada a administração dos quimioterápicos, o cabelo volta a crescer (GREVELMAN e BREED 2005).

Mulheres com câncer que vivenciaram a alopecia durante a quimioterapia comparadas com mulheres com câncer que não vivenciaram este efeito colateral, relatam diminuição da auto-estima, alteração da imagem corporal e qualidade de vida diminuída (McGARVEY et al. 2001). A alopecia foi citada como o efeito colateral antecipatório mais perturbador por 58% das mulheres se preparando para

quimioterapia, com 8% relatando talvez evitar fazer o tratamento devido à queda de cabelo.

SUN (2005) ressalta que pacientes comentam que a alopecia estigmatiza-os em ambientes públicos como pessoas com câncer, diferentes de todas as outras. Em outro artigo RICHER e EZER (2002) citam a fala de uma paciente que afirma que a queda de cabelo é um “lembrete constante” que ela possui câncer: “Quando estou sem peruca, eu me olho no espelho e eu penso em CÂNCER, a careca me lembra de que eu realmente estou doente”. A queda do cabelo é um sinal visível de que a pessoa possui câncer e passa a mensagem de que “algo está errado” com a pessoa (PASSIK et al. 2001).

Já no estudo de McGARVEY et al. (2001), as mulheres fazem uma lista com as reações experimentadas em relação a perda do cabelo durante a quimioterapia: não se sentiam preparadas para a perda; ficarem chocadas; embaraço; perda de identidade e medo da reação dos outros.

Diante destes dados da literatura e dos resultados obtidos neste estudo, os profissionais de saúde não podem negligenciar a importância que a alopecia possui, principalmente para as mulheres em tratamento quimioterápico. A perda do cabelo é uma marca social muito grande do tratamento que estigmatiza e algumas vezes humilha o paciente, fazendo com que o olhar do outro seja ameaçador, tornando o paciente mais frágil emocionalmente e vulnerável à desestruturação psíquica.

Quando observamos a classificação dos efeitos colaterais de acordo com o sexo (vide tabela 3), a perda do cabelo está em segundo lugar para as mulheres e em oitavo para os homens. PASSIK et al. (2001) realça a importância que a queda do cabelo tem durante o tratamento afirmando ser o efeito colateral mais temido entre as

mulheres do seu estudo. Em contrapartida, os homens classificam a perda do desejo sexual como o segundo efeito colateral mais incômodo, sintoma este que nem é citado pelas mulheres.

O estresse emocional é quase universal nos pacientes recebendo quimioterapia. Entretanto, a etiologia deste estresse é complexa, influenciada pela incidência e severidade dos efeitos colaterais, características individuais (ex: personalidade, estratégias de enfrentamento), idade, diagnóstico, status da doença e tipo e propósito de tratamento (KNOBF 1986). Os avanços nas ciências biológicas não conseguiram prevenir que as questões psicossociais do tratamento emergissem, supondo que as questões psicológicas, comportamentais e sociais ainda têm baixa prioridade na realidade da assistência oncológica (WRIGHT et al. 2002).

E uma evidência de que os problemas psicossociais acontecem e perturbam os pacientes é a quinta, sexta e sétima colocações da classificação de efeitos colaterais de acordo com a severidade deste levantamento. *Sentir-se “pra baixo” (deprimido), sentir-se tenso ou ansioso e ansiedade sobre iniciar o tratamento* aparecem nas primeiras dez colocações ficando na frente de uma série de efeitos colaterais físicos. O indivíduo submetido à quimioterapia portanto, sofre fisicamente e este padecimento reflete diretamente na sua condição psíquica.

Outro dado interessante desta pesquisa, que reflete também o sofrimento psicológico dos pacientes, é o apresentado na tabela 9 (referente ao uso de psicofármacos durante o tratamento quimioterápico). Em torno de 38% dos pacientes da amostra, fazia uso de medicações psicotrópicas. Na sua maioria, anti-depressivos e ansiolíticos, prescritos pelos oncologistas, psiquiatras e outros especialistas médicos. As queixas mais comuns dos pacientes que justificavam a utilização das

medicações eram: humor deprimido, ansiedade e insônia.

Sendo assim, torna-se inevitável apontarmos alguns caminhos para minimizar o sofrimento psíquico do paciente durante o andamento do tratamento quimioterápico. Um dos caminhos propostos pela literatura seria a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, paciente e família, e também informação passada de forma precisa e no momento certo; discutindo de maneira clara os potenciais efeitos colaterais do tratamento (GREEN 1996; PASSIK et al. 2001).

Orientar e informar os pacientes sobre os possíveis efeitos colaterais durante a quimioterapia pode ajudá-los a enfrentar melhor o tratamento. Supondo que a partir do momento que o conhecimento e a informação dão a sensação de certo “controle da situação”, o paciente pode sentir-se mais participativo, podendo lidar melhor com as reações advindas do tratamento quimioterápico. Muitas vezes, o que o paciente mais teme em relação a quimioterapia é o desconhecido, sendo informado de forma adequada ele se prepara para os possíveis efeitos adversos do tratamento.

Outro caminho proposto pela literatura é a intervenção psicológica durante o tratamento. As autoras, ambas enfermeiras, de um estudo realizado no Canadá RICHER e EZER (2002) relatam que mulheres entrevistadas durante seu tratamento oncológico revelam que sentem uma grande necessidade de conversar a respeito de seus sentimentos sobre o câncer e o tratamento, alegando achar difícil dividir suas reais emoções com familiares e amigos. O profissional mais adequado e especializado para tratar do paciente neste sentido é o psicólogo (COOPER e GEORGIU 1992).

CAREY e BURISH (1988) em um artigo de revisão sobre os efeitos colaterais psicológicos relacionados à quimioterapia investigaram cinco formas de

intervenção psicológica relativa ao paciente em quimioterapia para aperfeiçoar a assistência minimizar seus efeitos colaterais. As técnicas psicológicas investigadas foram: a hipnose(1), o treinamento de relaxamento muscular progressivo com imagens guiadas(2), dessensibilização sistemática(3), *biofeedback*(4) e distração(5).

1. Hipnose: procedimento que exige que o paciente fique completamente atento e absorvido em uma atividade prescrita ou direcionada pelo terapeuta, envolvendo relaxamento e sugestibilidade.

2. Treinamento de relaxamento muscular progressivo com imagens guiadas: baseado em uma série de exercícios de tensão muscular e relaxamento; no contexto do tratamento quimioterápico é utilizado com imagens guiadas durante o período da infusão, envolvendo uma seqüência de pensamentos e imagens mentais para facilitar o relaxamento.

3. Dessensibilização sistemática: o procedimento basicamente consiste em ensinar ao paciente técnicas de relaxamento e depois expô-lo a estímulos provocativos de ansiedade. A meta é fazer com que este estímulo seja acompanhado por relaxamento ao invés de uma resposta ansiosa.

4. *Biofeedback*: método comum de tratamento em medicina comportamental, que envolve o treinamento do indivíduo de controlar respostas fisiológicas, tais como pressão sanguínea sistólica ou batimentos cardíacos; usando artifícios externos de monitoração. Fazendo assim com que o paciente aprenda a controlar conscientemente comportamentos associados à mudança desejada.

5. Distração: técnicas de distração que se esforçam para que o foco da atenção do paciente seja em atividades ou estímulos prazerosos, tentando afastar a direção da atenção de sensações desagradáveis (CAREY e BURISH 1988).

Após a investigação os autores concluíram que em geral vale a pena investir em intervenções psicológicas e que as mesmas são capazes de reduzir em parte o estresse associado à quimioterapia. Levantam algumas questões pertinentes e tentam respondê-las. A primeira é se as intervenções psicológicas são eficazes, a resposta é positiva, alegando que além do efeito terapêutico evidente, dar atenção às questões psicológicas do paciente pode passar a idéia positiva de que apesar do ambiente estéril e sério dos hospitais, os profissionais responsáveis por ele se preocupam com seu estado emocional assim como de tratar sua doença. A mensagem de cuidar do doente e não somente da doença, pode diminuir a ansiedade e prevenir o medo comum que as pessoas sentem de ambientes de tratamento médico.

Questionam também com que tipo de paciente tais intervenções funcionariam. Respondem que nem todos os pacientes possuem perfil para aderir às intervenções, alguns não estão nem dispostos a tentar (talvez por dúvida na eficiência das técnicas), e outros até tentam, porém não obtém resultados satisfatórios; não sentindo diminuir o estresse relacionado ao tratamento quimioterápico (CAREY e BURISH 1988).

O primordial na escolha da técnica psicológica utilizada parece ser uma consideração pelas características individuais de cada paciente. O psicólogo precisa adaptar suas técnicas aos pacientes e tornar-se um profissional bem treinado e especializado na assistência ao paciente com câncer.

Com o progresso da indústria farmacêutica alguns efeitos colaterais vão sendo amenizados, assim não podemos perder o foco de como estes avanços e conseqüentes mudanças estão sendo sentidas pelos próprios pacientes.

Ao tentar valorizar e focar na opinião dos próprios pacientes em relação à

quimioterapia, algumas limitações acontecem. Por exemplo, ao serem questionados sobre os efeitos colaterais da quimioterapia exclusivamente, os pacientes podem ter dificuldades em distingui-los dos efeitos relacionados à doença de base, a possíveis cirurgias e radioterapia. Entretanto, o fato da coleta de dados acontecer durante a sessão de quimioterapia pode ajudá-los a distinguir os sintomas relacionados à quimioterapia dos demais. Antes da coleta de dados iniciar os pacientes foram bem esclarecidos de que a pesquisa era referente aos efeitos colaterais sentidos na quimioterapia.

Outro aspecto dificultador da pesquisa que deve ser apontado é a grande variedade de regimes quimioterápicos e drogas utilizadas, e também os vários tipos de diagnósticos oncológicos. Isto ocorreu devido à tentativa de dar um panorama geral das percepções dos pacientes em relação à quimioterapia, o que não inviabiliza os resultados do levantamento, pois o foco da pesquisa é a opinião do paciente em relação à quimioterapia em geral.

Em um artigo intitulado *“When the physician-researcher gets cancer: understanding cancer, its treatments and quality of life from the patient's perspective”*, os autores, ambos médicos e pesquisadores, relatam suas trajetórias pelo câncer em depoimentos sinceros e corajosos. Uma das falas mais interessantes a respeito do diagnóstico é a seguinte: “Juntamente com o diagnóstico de câncer veio a surpreendente constatação de que nossas vidas nunca mais seriam as mesmas. Nós nunca mais olharíamos a vida da mesma maneira, e as outras pessoas nunca mais olhariam para nós da mesma forma. Nossas opções e escolhas em todos os aspectos das nossas vidas ficariam diferentes”. Ressaltam assim as grandes mudanças que ocorrem na vida dos pacientes após o diagnóstico oncológico.

Baseado na literatura e em nossos resultados, concluímos que a opinião do paciente sobre a quimioterapia é de fato muito importante. Suas percepções sobre o tratamento nos dão ferramentas para entender o que ele sente e consequentemente aperfeiçoar a assistência dada ao mesmo.

Outro aspecto importante que vale ser ressaltado é o impacto que o tratamento oferece na vida psicossocial dos pacientes; os dados mostram que submeter-se a quimioterapia reflete em todas as esferas da vida do paciente e acaba envolvendo muito a família do paciente.

Sendo assim, se certa toxicidade de drogas e do tratamento não podem ser evitadas, o mínimo que nós, pesquisadores da área de oncologia, devemos almejar é o desenvolvimento de melhores formas de manejo dos efeitos colaterais ligados ao tratamento. E criar uma estrutura com profissionais bem treinados e preparados para oferecer assistência de qualidade em todas as áreas que envolvam a quimioterapia: física, psicológica e social. Torna-se imprescindível investir na qualidade de vida do paciente durante a quimioterapia.

6 CONCLUSÃO

Realizamos a versão adaptada para o português das duas listas de sintomas físicos e não-físicos. A versão adaptada foi aplicada com sucesso aos pacientes da amostra utilizada neste estudo.

Os sintomas mais importantes referidos pelos pacientes foram identificados e classificados na seguinte ordem: *afeta minha família ou parceiro (a)*, *náusea* e *afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas*.

Para o sexo masculino *afeta minha família ou parceiro (a)* é o sintoma que mais incomoda, sendo que o segundo é a *perda do desejo sexual*. Por sua vez, para o sexo feminino o primeiro sintoma referido foi a *náusea* e em segundo a *perda do cabelo*.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beisecher AE, Cook MR, Shworth J, et al. Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients. **Psycho-Oncology** 1997; 6:85-93.

Boer-Dennert M, Wit R, Schimitz P, et al. Patient perceptions of the side effects of chemotherapy: the influence of 5HT3 antagonists. **Br J Cancer** 1997; 76:1055-61.

Burchenal JH. The historical development of cancer chemotherapy. **Semin Oncol** 1997; 4:135-46.

Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thuillier A, Khayat D. Changing patient perceptions of side effects of cancer chemotherapy. **Cancer** 2002; 95:155-63.

Carey MP, Burish TG. Etiology and Treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. **Psychol Bull** 1988; 104, :307-25.

Cassileth BR, Lusk EJ, Bodenheimer BJ, Farber JM, Jochimsen P, Morrin-Taylor B. Chemotherapeutic toxicity: the relationship between patients' pretreatment expectations and post-treatment results. **Am J Clin Oncol** 1985; 8:419-25.

Coates A, Abraham S, Kaye SB, et al. On the receiving end: patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. **Eur J Cancer Clin Oncol** 1983; 19:203-8.

Cooper S, Georgiou V. The impact of cytotoxic chemotherapy: perspectives from patients, specialists and nurses. **Eur J Cancer** 1992; 28A, suppl.1:536-8.

Green M. Minimising the side effects of cancer chemotherapy. **Med J Aust** 1996; 164:326.

Grevelman EG, Breed WPM. Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. **Ann Oncol** 2005; 16:352-8.

Griffin AM, Butow PN, Coates AS, et al. On the receiving end V: Patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy in 1993. **Ann Oncol** 1996; 2:189-95.

Gunnars B, Nygren P, Glimelius B. Assessment of quality of life during chemotherapy. **Acta Oncol** 2001; 40:175-84.

Hofman M, Morrow GR, Roscoe JA, et al. Cancer patients' expectations of experiencing treatment-related side effects. **Cancer** 2004; 101:851-7.

Klebert GM, Stiggelbout AM, Klevit J, et al. Choices in oncology: factors that influence patients' treatment preference. **Qual Life Res** 1994; 3:175-82.

Klee MC, King MT, Machin D, Hansen HH. A clinical model for quality of life assessment in cancer patients receiving chemotherapy. **Ann Oncol** 2000; 11:23-30.

Knobf MT. Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. **J Clin Oncol** 1986; 4:678-84.

Rigon Júnior H, Seckler M. Suporte clínico ao paciente oncológico. In: Kowalski LP, Guimarães GC, Salvajoli JV, Feher O, Antoneli CBG, editores. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 3 ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2006. p.101-8.

Lindley C, McCune JS, Thomanson TO, et al. Perceptions chemotherapy side effects cancer versus non cancer patients. **Cancer Pract** 1999; 7:59-65.

Lopes DPLO, Valle ERM. A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer. In: Valle ERM, organizadora. **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p.15-74.

Love RR, Leventhal H, Easterling DV, Nerenz DR. Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. **Cancer** 1989; 63:604-12.

Martin CG, Rubenstein EB, Elting LS, Kim YJ, Osoba D. Measuring chemotherapy-induced nausea and emesis: psychometric properties of a quality of life questionnaire. **Cancer** 2003; 98:645-55

McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM. psychological sequelae and alopecia among women with cancer. **Cancer Pract** 2001; 9:283-9.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa/2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

Nerenz DR, Love RR. Patient perceptions during cancer chemotherapy. **Wis Med J** 1986; 85:33-4.

Passik SD, Kirsh KL, Rosenfeld B, McDonald MV, Theobald DE. The changeable nature of patients' fears regarding chemotherapy: implications for palliative care. **J Pain Symptom Manage** 2001; 21:113-20.

Richer MC, Ezer H. Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. **Oncol Nurs Forum** 2002; 2:113-9.

Sun CC, Bodurka DC, Weaver CB, et al. Ranking and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from experienced patients with ovarian cancer. **Support Care Cancer** 2005; 13:219-27.

Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, Harris SD, Antoni MH. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: impact on psychosocial and psychosexual adjustment. **J Consult Clin Psychol** 2005; 73:300-11.

Wright EP, Kiely MA, Lynch P, Cult A, Selby PJ. Social problems in oncology. **Br J Cancer** 2002; 87:1099-4.

8 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reported measures. **Spine** 2000; 25:3186-91.

Falletti MG, Sanfilippo A, Maruff P, Weih L, Phillips KA. The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: a meta-analysis of the current literature. **Brain Cogn** 2005; 59:60-70.

Given C, Given B, Rahbar M, et al. Effect of cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. **J Clin Oncol** 2004; 22:507-16.

Grober SE. Resources for treatment of chemotherapy-related cognitive difficulty. **Cancer Pract** 2002; 10:216-8.

Knobf MT, Pasacrete JV, Valentine A, McCorkle R. Chemotherapy, hormonal therapy and immunotherapy. In: Holland J, editor. **Psycho-oncology**. New York: Oxford University Press; 1998. p.277-88.

Levitt DZ. Cancer chemotherapy. 4. Those dreaded side effects and what to do about them. **RN** 1980; 43:33-7, 112.

Montgomery GH, Bovbjerg DH. Expectations of chemotherapy-related nausea: emotional and experiential predictors. **Ann Behav Med** 2003; 25:48-54.

Morrow GR, Lindke J. Anticipatory nausea development in cancer patients: replication and extension of a learning model. **Br J Psychol** 1991; 82:61-72.

Sitzia J, Hughes J, Sobrido L. A study of patients' experiences of side effects associated with chemotherapy: pilot stage report. **Int J Nurs Stud** 1995; 32:580-600.

Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Downer SM, Wilson P, Gregory WM. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. **Br Med J** 1990; 300:1458-60.

Stedman: Dicionário Médico. 23 ed. Trad. de S.A Teixeira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979.

Tierney MW, McKinley ED. When the Physician-Researcher gets cancer: understanding cancer, its treatment and quality of life from the patients' perspective. **Medical Care** 2002; 40:20-7.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Pós-Informado

Efeitos Colaterais na Quimioterapia: a visão do paciente

Este é um estudo realizado pela psicóloga clínica, pós-graduanda da Fundação Antônio Prudente, **Laura de Hollanda Batitucci**, juntamente com o **Departamento de Psiquiatria e Psicologia** da mesma instituição (telefone 11-3272-5119). Seu objetivo é identificar os principais sintomas experimentados pelos pacientes recebendo quimioterapia na **Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer A.C. Camargo**. Será apresentado ao participante dois grupos de cartões contendo em cada um deles um provável efeito colateral referente a quimioterapia (sintomas físicos e não-físicos). O paciente irá selecionar dentre estes cartões apresentados os efeitos colaterais sentidos durante a sua quimioterapia.

Todos os dados serão obtidos por coleta direta no prontuário do paciente e por entrevista aplicada pela pesquisadora aos pacientes durante as sessões de quimioterapia na Central de Quimioterapia. Todas as informações obtidas serão sigilosas e os resultados serão analisados e utilizados posteriormente para publicações especializadas do meio científico.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo direito a retirar-se dele a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar o tratamento.

Caso a pesquisadora não forneça as informações e esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o coordenador do Comitê de Ética do Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer AC Camargo pelo telefone 11-3272-5000, ramais 1113 ou 1117.

Declaro que fui esclarecido sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízos ao tratamento. Estou ciente de que não haverá remuneração financeira e que a minha identidade será preservada. Assim, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, _____, _____, de 200__.

Nome: _____ idade: _____

RG: _____ telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Assinatura

Anexo 2 - Lista de Sintomas Físicos (Grupo A)

1.	Náusea
2.	Vômito
3.	Coceira no local da injeção
4.	Tremor por todo o corpo
5.	Mudança no gosto das coisas
6.	Mudança no cheiro das coisas
7.	Constipação
8.	Diarréia
9.	Formigamento nos membros (dedos das mãos e dos pés)
10.	Dormência nos membros
11.	Perda de peso
12.	Ganho de peso
13.	Aumento de crescimento de pelos nas pernas
14.	Constantemente cansado
15.	Tontura ao levantar-se
16.	Perda de apetite
17.	Feridas na boca
18.	Dor de garganta
19.	Falta de ar
20.	Vermelhidão, erupções na pele, urticária
21.	Apresentar hematomas facilmente
22.	Dificuldade em dormir
23.	Urinar dolorido
24.	Urina concentrada
25.	Zumbido nos ouvidos
26.	Surdez
27.	Dores generalizadas
28.	Dor de estomago
29.	Estomago inchado
30.	Interrupção da menstruação
31.	Menstruação irregular
32.	Mudança na cor da pele
33.	Ondas de calor
34.	Coração batendo rápido (palpitações)
35.	Dores de cabeça, enxaquecas

36.	Perda de cabelo
37.	Sede aumentada
38.	Aumento no volume da urina
39.	Pele ressecada
40.	Acne (espinhas)
41.	Aumento de apetite
42.	Dificuldade em engolir
43.	Sangramentos no nariz
44.	Não consegue sentir o gosto das coisas
45.	Unhas ficarem marrons

Lista de Sintomas Não-Físicos (Grupo B)

1.	Perda de desejo sexual
2.	Impotência (ausência de orgasmo)
3.	Sentir-se “pra baixo” (deprimido)
4.	Ansiedade sobre iniciar o tratamento
5.	Período de tempo gasto com o tratamento no ambulatório
6.	Irritabilidade, mal-humor
7.	Ter que levar “agulhadas”
8.	Tem que ir ao ambulatório ao invés de ir ao médico particular
9.	Afeta minha família ou parceiro (a)
10.	Sentimento de incapacidade de enfrentar o tratamento
11.	Sentimento de ter que submeter-se a um tratamento que eu penso que não surtirá nenhum efeito positivo
12.	Sentimento de ter que submeter-se a um tratamento que eu não quero
13.	Chorando mais frequentemente
14.	Sentir-se com raiva
15.	Dificuldade em concentrar-se
16.	Afeta meu trabalho, minhas tarefas domésticas
17.	Afeta minhas atividades sociais
18.	Infertilidade (não pode ter filhos)
19.	Dificuldade em encontrar algum lugar para estacionar perto do ambulatório
20.	Dificuldade em chegar ao ambulatório
21.	Não ter chance de fazer perguntas aos médicos
22.	Esquecer coisas
23.	Não vendo o mesmo médico cada vez

24.	Não conseguir que as roupas sirvam
25.	Não entender o que esta acontecendo
26.	Sentindo-se tenso ou ansioso
27.	Ter que esperar pelo tratamento com outros pacientes

Anexo 3 - Questionário: Características Clínicas e Demográficas

Nome:

RGH:

Idade:

Sexo: Feminino

Masculino

Raça: Branca

Não Branca

Estado civil: Casado / Amasiado

Solteiro

Separado / Divorciado

Viúvo

Grau de Escolaridade: Primeiro grau incompleto

Primeiro grau completo

Segundo grau incompleto

Segundo grau completo

Superior incompleto

Superior completo

Diagnóstico:

Estadiamento Clínico: TNM

Tipo do Tratamento Quimioterápico*: Grupo 1

Grupo 2

Grupo 3

Grupo 4

Data do início do Tratamento Quimioterápico: dia / mês / ano

Uso de Psicofármacos: Não / Sim Qual?

Número de cartões selecionados: Grupo A:

Grupo B:

Grupos A e B:

* De acordo com medicação ministrada