

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

CLARA MARIA OLIVEIRA E SILVA

**RELATOS DAS PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO
SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA**

MOSSORÓ/RN

2015

CLARA MARIA OLIVEIRA E SILVA

**RELATOS DAS PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO
SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^o Me. Kalidia Felipe de Lima Costa

MOSSORÓ/RN

2015

S578r

Silva, Clara Maria Oliveira e.

Relatos das pacientes com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia/ Clara Maria Oliveira e Silva. – Mossoró, 2015.

49f.

Orientador: Prof. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Câncer ginecológico. 2. Braquiterapia. 3. Oncologia – Saúde da mulher. I. Título. II. Costa, Kalidia Felipe de Lima.

CDU 618.1

CLARA MARIA OLIVEIRA E SILVA

**RELATOS DAS PACIENTES COM CÂNCER GINECOLOGICO
SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA**

Monografia apresentada pela aluna Clara Maria Oliveira e Silva, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos Professores:

Aprovado em: ____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profº- Me. Kalidia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Profº- Esp. Gemma Galgani do Nascimento Santos (FACENE/RN)

MEMBRO

Profº- Me. Tatiana de Oliveira Souza (FACENE/RN)

MEMBRO

Aos meus amores, Clara,
Jorge, Sophia e Tutula os meus
maiores exemplos, pessoas sem as
quais as minhas conquistas não
teriam sentido

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas pessoais e desde já as conquistas futuras, e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em me ajudar durante a realização dessa graduação. A estas pessoas eternizo aqui meus sinceros agradecimentos.

Aos meus pais Jorge e Clara, que são pessoas que me inspiro todos os dias e a minha filha amada Sophia, por vocês que estou aqui, obrigada pela paciência, reclamações e o apoio durante esses anos, vocês são minha vida, amo vocês.

A todos os meus familiares, principalmente a minha querida avó Tutula que é uma mulher que passa muitos ensinamentos para minha vida. Uma avó admirável, cuja convivência eu quero ter por mais e mais anos. Amo-te!

À Ingrid Mirela, pela amizade sincera, fruto destes quatro anos, pelo carinho, pelas aventuras, risadas, pelas mensagens de fé e otimismo nos momentos difíceis não só desta caminhada, mas também da caminhada pessoal.

A meu querido amigo de caminhada Jota Jaime, por me influenciar a querer sempre crescer mais e mais, e pela paciência nos meus momentos de desesperos.

A Fernanda Tuane, pelo carinho, amizade e aquela xícara de café quente no final da tarde.

A minha orientadora Kalidia Felipe de Lima Costa pelo desafio assumido e pela orientação repassada pela enorme preocupação de tornar as idéias e discussões ao longo dessa trajetória em um trabalho verdadeiramente científico.

A minha professora Tatiana de Oliveira Souza que fez com que eu realmente me interessasse pela radioterapia me repassado as bases desse tratamento

A minha eterna mestre, amiga, Phillomena Barroso de Borba Simonetti por ser protagonista de uma modesta saga da minha formação, por ter me ensinado o que é ser enfermagem/enfermeiro, pelas experiências que não se aprende em uma graduação por ter me dado a oportunidade de me apaixonar mais pela oncologia. Phillo estamos juntas.

A toda equipe do hospital da solidariedade, que me proporcionou dois anos de alegria e puro aprendizado, meu muito obrigada a vocês.

“Curar quando possível, aliviar
quase sempre, consolar sempre!”
(Hipocrates).

Resumo

Introdução: a braquiterapia é uma modalidade de tratamento radioterápico para diversos tipos de neoplasias, sendo que ela tem sido amplamente utilizada no tratamento de tumores ginecológicos malignos. Caracteriza-se pela colocação de material radioativo junto ao tumor. **Objetivo** desse trabalho foi analisar a percepção de pacientes com câncer ginecológico submetidas a tratamento por braquiterapia no município de Mossoró – Rio Grande do Norte. **Metodologia:** a coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas, fechadas e relatos das pacientes acerca da braquiterapia. A coleta dos dados foi dividida em três momentos: o primeiro momento foi após a aplicação dos cilindros durante a primeira sessão; o segundo momento ocorreu após o término da quarta sessão de braquiterapia ginecológica; e o terceiro momento ocorreu um mês após a braquiterapia ginecológica, durante a consulta de revisão. Essa forma, a coleta de dados ocorreu durante três meses consecutivos e, em cada mês, as mesmas mulheres foram entrevistadas, essa entrevista foi gravada por celular depois transcrita na íntegra obedecendo a fidedignidade dos relatos. Para a análise dos dados foi utilizado o discurso do sujeito coletivo. Os resultados e a discussão foram estruturados da seguinte forma: perfil dos entrevistados, tipos de tratamentos, o apoio da equipe multiprofissional diante da dor necessária do tratamento, sensações de dever cumprido: fim do tratamento, sucessos do tratamento *versus* tratamento frustrado. Diante do objetivo geral analisou-se a concepção, os sentimentos e a experiência das pacientes com câncer de útero submetidas à braquiterapia ginecológica. Sabendo que é uma experiência necessária para a vida elas enfrentam o tratamento, no tratamento é essencial que essas pacientes sejam bem orientadas, antes, durante e após o tratamento. O apoio da equipe multiprofissional é fundamental na vida dessas mulheres, durante o relato das pacientes observou que os mesmos tiveram o mesmo sentido, pois ambas relataram que por ser o último dia de tratamento elas ficaram mais aliviadas, não por que elas já sabiam como seria o tratamento e sim por que já estavam próximo a acabar que ajudou mais no enfrentamento do mesmo, a esperança da cura e que existe um poder divino. Também no momento dos relatos percebe-se o entusiasmo e a tristeza de algumas pacientes durante os relatos, que como foi descrito anteriormente são sentimentos que contribui indiretamente ajudando ou não no tratamento. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e quadros, seguindo da análise e discussão, fixando o referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa. Atendendo a Resolução 466/2012, que trata das pesquisas com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa – PB.

Palavras – Chave: Câncer, Braquiterapia, Relatos de casos.

Abstract

Introduction: brachytherapy radiation treatment is a treatment modality for various types of cancers, and it has been widely used in the treatment of malignant gynecological tumors. It is characterized by the placement of radioactive materials near the tumor. Objective of this study was to analyze the perceptions of patients with gynecological cancer submitted to brachytherapy treatment in the city of Mossoro - Rio Grande do Norte. Methodology: data collection was carried out through a semi-structured interview composed of open questions, closed and reports from patients about brachytherapy. Data collection was divided into three stages: the first time was after the application of the cylinders during the first session; the second moment occurred after the end of the fourth gynecological brachytherapy session; and the third moment occurred one month after gynecological brachytherapy during the review consultation. This way the data were collected during three consecutive months, and each month, the same women were interviewed, the interview was recorded by cell then transcribed in full obeying the reliability of reports. To analyze the data we used the collective subject discourse. The results and discussion were structured as follows: Profile of respondents, types of treatments, the support of the multidisciplinary team before the necessary pain treatment, feelings of duty fulfilled: end of treatment, treatment success versus frustrated treatment. Before the general objective analyzed the design, the feelings and the experience of patients with cervical cancer undergoing gynecological brachytherapy. Knowing that is necessary for the life experience they face the treatment, the treatment is essential that these patients are well oriented, before, during and after treatment. The support of the multidisciplinary team is crucial in the lives of these women, during the telling of patients noted that they had the same sense as both reported that being the last day of treatment they were more relieved, not because they knew it would be like treatment but why were already near the end which helped in coping more of the same, the hope of healing and that there is a divine power. Also at the time of the reports you can see the enthusiasm and sadness of some patients during the reports, which was as described above are feelings that contributes indirectly helping or not in tratamento. Os data were presented in tables and charts, following the analysis and discussion, establishing the theoretical framework related to the subject of research. Compliance with Resolution 466/2012, which deals with research involving human beings, the research project was submitted to the Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Nursing New Hope João Pessoa - PB.

Key - Words: Cancer, Brachytherapy, Case reports

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1.	HIPÓTESE	7
2.	OBJETIVOS	8
2.1.	OBJETIVO GERAL	8
2.2.	OBJETIVO ESPECIFICO	8
3.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3.1.	CÂNCER	9
3.1.1.	Carcinogênese	9
3.1.2.	Estadiamento	10
3.1.3.	Epidemiologia	11
3.2.	CLASSIFICAÇÃO DOS CANCERES GINECOLÓGICO	10
3.2.1.	Câncer de Colo de Útero	11
3.2.2.	Câncer do Corpo de Útero	12
3.2.3.	Câncer de Ovários	12
3.2.4.	Câncer de Vulva	12
3.3.	TRATAMENTO DO CÂNCER	13
3.3.1.	Cirurgia	13
3.3.2.	Quimioterapia	13
3.3.3.	Radioterapia	14
3.4.	BRAQUITERAPIA	14
3.5.	SENTIMENTOS DAS PACIENTES COM CÂNCER	16
4.	METODOLOGIA	18
4.1.	NATUREZA DA PESQUISA	18
4.2.	LOCAL DA PESQUISA	12
4.3.	POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
4.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	18
4.5.	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	19
4.6.	ANÁLISES DOS DADOS	19
4.7.	ASPÉCTOS ÉTICOS	20
4.8.	FINANCIAMENTO	20
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1	PERFIS DAS ENTREVISTADAS	22
5.2	INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO	22
5.3	O APOIO DA EQUIPE MAULTIPROFISSIONAL	23
5.4	SENSAÇÕES DE DEVER CUMPRIDO: FIM DO TRATAMENTO	26
5.5	SUCESSO DO TRATAMENTO <i>VERSUS</i> TRATAMENTO FRSTADO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICES	32
	ANEXOS	33

1. INTRODUÇÃO

A braquiterapia consiste em uma modalidade de tratamento radioterápico para diversos tipos de tumores, ela tem sido amplamente utilizada no tratamento de tumores ginecológicos malignos. Sua principal função é liberar alta dose de radiação no tumor, preservando os tecidos normais adjacentes e aumentando em potencial o ganho terapêutico ou diminuindo os efeitos colaterais (LOPEZ; CHAMMAS; IYEYASU, 2013). O primeiro sucesso do emprego da braquiterapia foi divulgado em 1903 no tratamento de dois tumores malignos de pele. E desde 1904, vem sendo realizada para o tratamento de tumores de colo uterino (SCAFF, 1997).

A braquiterapia pode ser realizada em quase todos os tumores ginecológicos presentes no colo uterino, canal vaginal, endométrio, vulva. As lesões iniciais podem ser tratadas cirurgicamente através da histerectomia e, neste caso, para se realizar a braquiterapia são utilizados aplicadores em forma de cilindro, chamada braquiterapia de fundo vaginal (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

A inserção do aplicador com fonte radioativa dentro do útero pode ocasionar, muitas vezes, constrangimento e desconforto para a paciente. Diante disso, o médico oncologista e a enfermeira que trabalham com radiação devem programar as estratégias de aprendizagem antes e no decorrer do tratamento, informando à paciente e seus familiares, com cuidado e antecipadamente, todos os procedimentos a serem seguidos durante a braquiterapia intracavitária e os possíveis efeitos colaterais (LOPEZ; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Como os vários tipos de tratamento em busca da cura do câncer, a braquiterapia ginecológica também tem seus efeitos colaterais, que podem ser diferentes dependendo de cada pessoa. Neste contexto, o exercício da profissão de enfermagem em radioterapia requer do enfermeiro programar a assistência ao paciente portador de câncer, acompanhando sua evolução clínica, suas queixas, bem como implementar cuidados individualizados e sistematizados para a prevenção e tratamento das sequelas (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Deve ser prevista a sobrecarga de informações que as pacientes apresentam no tratamento com a braquiterapia ginecológica, juntamente com a ansiedade que prejudica a aprendizagem. Qualquer método de terapia requer a preparação adequada, educação e apoio emocional. A paciente que foi adequadamente

preparada e orientada antes do tratamento através do cuidado de enfermagem experiente achará mais fácil lidar com a severidade do câncer e seu tratamento (LESHAN, 1992).

Por mais que o câncer seja uma doença muito discutida e estudada, muitas pessoas se mostram assustadas diante da mesma, ocasionando um estado apreensivo em pessoas que a vivem (ROSA; SALES, 2008). Uma vez acometidas pelo câncer, as mulheres encontram-se fragilizadas e sensíveis. E, no decorrer do tratamento com braquiterapia, a condição de fragilidade se potencializa demandando atenção especial dos cuidadores envolvidos em seu tratamento. Deste modo, é de suma importância a orientação das mesmas em relação ao procedimento, para que essa angústia antes, durante e pós-tratamento se amenize (ROSA; SALES, 2008).

Apesar do largo avanço científico e tecnológico no tratamento do câncer, a literatura médica especializada em tratamento radioterápico não relata exatamente o que significa para o paciente, submeter-se a esse tipo de tratamento. Com essa inquietação, associada a minha experiência profissional no Hospital da Solidariedade, que realiza tratamento oncológico de radioterapia, despertou o sentimento de entender o que essas mulheres sentem em relação ao tratamento, com base nos relatos das mesmas.

Diante disso, neste trabalho abordaremos a percepção de pacientes com câncer ginecológico submetidas ao tratamento por braquiterapia. Neste sentido, a pesquisa em questão buscará observar a percepção das pacientes sobre o tratamento, descrevendo a sua concepção, os sentimentos e a sua experiência. Além disso, elaborar uma caderneta que possibilite um suporte para as pacientes com orientações sobre a doença, o tratamento e com relatos de pacientes que já foram submetidas ao mesmo. Deste modo, esta pesquisa visa colaborar com a assistência de enfermagem às pacientes com os diferentes tipos de câncer ginecológico submetidas à braquiterapia ginecológica, contribuindo com as pacientes frente a esse tratamento.

1.1. HIPÓTESE

As pacientes com câncer ginecológico apresentam medo e ansiedade relacionada ao tratamento por braquiterapia, realizado no município de Mossoró – Rio Grande do Norte.

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de pacientes com câncer ginecológico submetidas a tratamento por braquiterapia no município de Mossoró – Rio Grande do Norte

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a concepção, os sentimentos e a experiência das pacientes com câncer de útero submetidas a braquiterapia ginecológica.
- Elaborar um manual de orientação sobre à braquiterapia ginecológica a partir dos relatos de pacientes com câncer de útero.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

3.1. CÂNCER

O câncer, que não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é o resultado de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, que o organismo não tem a capacidade de deter, ocorrendo o comprometimento de tecidos e órgãos. No caso do câncer ginecológico, os órgãos acometidos são os do aparelho reprodutor feminino (RICCI, 2008).

3.1.1. Carcinogênese

Os avanços da ciência têm melhorado nosso conhecimento do funcionamento interno de células, que são essenciais para a construção de qualquer ser vivo. Animais complexos, tais como os seres humanos têm trilhões de células. As mesmas trabalham em conjunto para formar os órgãos, tais como o coração, fígado e pele. Assim formando os órgãos dos sistemas (RIVOIRE et al., 2001).

O câncer começa quando os genes de uma célula se tornam anormal fazendo com que as células cresçam e se dividam desordenadamente. O desenvolvimento do câncer ocorre pela mutação em duas classes de genes reguladores do crescimento, que estão presentes em células normais: os protooncogenes, que promovem o crescimento e os genes supressores de tumor, que inibem o crescimento celular, fazendo com que ocorra a apoptose. Qualquer alteração nessas duas classes de genes reguladores seja hiperativa ou inativa ocorrerá o desenvolvimento de células com crescimento descontrolado (BRASILEIRO FILHO, 2013).

A carcinogênese é dividida em três fases, iniciação, promoção e progressão. Na iniciação, as células são expostas a carcinógenos que promovem alterações permanentes no DNA, ou seja, ocorre a mutação na célula mais precisamente nos ácidos nucleicos. Na fase de promoção ocorre proliferação das células transformadas. E a progressão é caracterizada pela multiplicação exacerbada e irreversível das células malignas (KUMAR et al., 2010).

Existem vários agentes carcinogênicos que transformam o DNA transformando as células normais em células malignas, que são: genética, carcinógenos químicos, energia radiante e vírus oncogênicos (BRASILEIRO FILHO, 2013).

3.1.3 Estadiamento

O estadiamento é uma forma de descrever o câncer, onde está localizado, se está disseminado, e se está afetando as funções do corpo. O estadiamento permite ao médico decidir a melhor forma de tratamento para essas pacientes (RAMA et al, 2008) .

O estadiamento é uma maneira de todos da equipe se informe sobre sua paciente de maneira mais facilitada, o sistema de estadiamento mais utilizado é o sistema TNM da AJCC (American Joint committee on câncer), onde classifica os cânceres ginecológico em base de três fatores que são: extensão do tumor utiliza a letra T, se teve disseminação para linfonodos regionais que utiliza a letra N, e disseminação para regiões do corpo distante a metástase utilizando a letra M(FERNANDES et al, 2011).

T – sendo acompanhado de um número de 0 a 4 ou letras a, b e c, é usado para descrever o tumor primário, particularmente o seu tamanho. Sendo assim : Tis - As células cancerosas são encontradas apenas na superfície do colo do útero. T1 - As células cancerosas cresceram a partir da camada mais superficial do colo do útero em direção a tecidos profundos do próprio órgão. T1a - Há uma quantidade muito pequena de células cancerosas, vista apenas sob o microscópio. T1a1 - A área de câncer é inferior a 3 mm de profundidade e menos de 7 mm de largura. T1a2 - A área de invasão do câncer está entre 3 mm e 5 mm de profundidade e menos de 7 mm de largura. T1b – Este estágio inclui os cânceres do estágio 1, que podem ser vistos sem um microscópio. Este estágio também inclui cânceres que só podem ser vistos com microscópio e que se disseminaram para mais do que 5 mm no tecido conjuntivo do colo do útero ou tem mais de 7 mm de largura. T1b1 - O câncer pode ser visto, mas não é maior do que 4 cm. T1b2 - O câncer pode ser visto e é maior do que 4 cm. T2 - Nesta fase, o tumor cresceu para além do colo do útero, mas não se disseminou para as paredes da pelve ou a parte inferior da vagina. O câncer pode ter crescido para a parte superior

da vagina. T2a - O câncer não se disseminou para os tecidos ao lado do colo do útero. T2a1 - O câncer pode ser visto, mas não é maior do que 4 cm. T2a2 - O câncer pode ser visto e é maior do que 4 cm. T2b - O câncer se disseminou para os tecidos circundantes ao colo do útero. T3 - O câncer se disseminou para a parte inferior da vagina ou paredes da pelve; e, pode estar bloqueando os ureteres. T3a - O câncer se disseminou para o terço inferior da vagina, mas não para as paredes da pelve. T3b - O câncer cresceu para o interior das paredes da pelve ou está bloqueando os ureteres. T4 - O câncer se disseminou para a bexiga ou reto ou está se desenvolvendo para fora da pelve. (RAMA et al, 2008) .

Já a classificação N no sistema representa os linfonodos regionais, e também é atribuído a ele um número de 0 a 3 a letra a, b e c, que indica se a doença disseminou para os gânglios linfáticos. Sendo assim: NX - Os linfonodos próximos não podem ser avaliados. N0 - Não disseminou para os linfonodos próximos. N1 - O câncer disseminou para os linfonodos vizinhos (MARANA et al, 2005).

E a classificação M no sistema indica se a doença se espalhou para outras partes do corpo podendo vir acompanhada dos números de 0 a 1. Tendo M0 - O câncer não disseminou para os linfonodos, órgãos ou tecidos distantes. M1 - O câncer se disseminou para órgãos distantes (como os pulmões ou fígado), gânglios linfáticos do tórax e para o peritônio (FERNANDES et al, 2011)

3.1.3 Epidemiologia

No Brasil estima-se que cerca de 728.580 novos casos de câncer surgirão no ano de 2014. Dentre os tipos de câncer, em primeiro lugar nas mulheres vem o câncer de pele não melanoma com cerca de 106.000 novos casos, em segundo lugar o de mama com 76.000 novos casos, e em terceiro vem os cânceres ginecológicos, que abordaremos nos seguintes tópicos, com cerca de 36.660 novos casos. Estima-se ainda que na região nordeste cerca de 14.980 novos casos de câncer ginecológico aparecerão ainda nesse ano e, para o estado do Rio Grande do Norte, cerca de 480 casos novos (INCA,2014).

3.2. CLASSIFICAÇÃO DOS CANCERES GINECOLÓGICOS.

A incidência dos cânceres ginecológicos é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, essa incidência começa a partir de 30 anos de idade, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Por sua vez, o câncer de ovário é retirado dessa lista, pois ocorre mais precocemente, sendo mais comum em mulheres que já tiveram câncer de mama ou que possui parentes de primeiro grau com câncer de mama ou ovários e BRCA 1 e 2 positivos. Esses tipos de cânceres foram responsáveis pelo óbito de 300 mil mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA 2014).

Com relação à classificação histológica, aproximadamente 90% a 93% dos cânceres cervicais são de células escamosas e de 7% a 10% representadas pelo adenocarcinoma. Mais de 80% dos cânceres invasores do colo do útero ocorrem como evolução de uma neoplasia intra-epitelial escamosa (NIC) ou glandular (adenocarcinoma *in situ*) e cervical anterior (GOMEZ; ALEKTIAR; ZELEFSKY, 2009).

Na maioria das vezes, a evolução dos cânceres ginecológicos é lenta, sendo que 30% a 70% das lesões *in situ* não tratadas evoluem para câncer num período de 10 a 12 anos. Entretanto, aproximadamente 10% podem progredir rapidamente num período menor que um ano (INCA 2014).

Em países mais desenvolvidos, a incidência relativa dos adenocarcinomas tem aumentado, provavelmente pela maior eficiência dos programas de controle em detectar lesões escamosas precursoras. Os carcinomas adenoescamosos e de pequenas células são relativamente raros (GOMEZ; ALEKTIAR; ZELEFSKY, 2009).

3.1.2 Câncer de colo uterino

No Brasil, o câncer do colo uterino (CCU) é o terceiro mais frequente do sexo feminino e a quarta causa de morte de mulheres. Apesar da implantação dos programas de detecção precoce, pouco foi alcançado em termos de rastreamento de lesões cervicais de modo a diminuir sua incidência e mortalidade (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

O CCU é precedido por mudanças displásicas na junção escamo-colunar (JEC), conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) que podem progredir para um câncer invasor (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Essas lesões foram descritas no século XX com a denominação de displasia leve, moderada ou severa e carcinoma *in situ* pelo comitê da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, da Organização Mundial de Saúde. Em 1967, Richard dividiu as NIC em graus I, II, III de acordo com o seu processo evolutivo. As displasias intra-epiteliais leve foram classificadas em grau I (NIC I), As displasias intra-epiteliais moderadas em grau II (NIC II) e as displasias severas e *In situ* em grau III (NIC III) (GOMEZ; ALEKTIAR; ZELEFSKY, 2009).

Um grupo de especialistas em 1998, na cidade de Bethesda, criou o Sistema Bethesda para a classificação de câncer de útero. O principal objetivo deste sistema é obter o máximo de informação possível sobre esse tipo de câncer, por meio de um relatório narrativo que todos estão incluídos aspectos citológicos. Onde foi criada a categoria ASC-US (Atipia de células escamosas de significado indeterminado), empregada para indicar células escamosas com anormalidades que não preenchem os critérios habitualmente encontrados em condições inflamatórias reativas, pré-neoplásicas e neoplásicas (BERGERON, 2003).

Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos (POTÉN et al., 1995).

3.2.2. Câncer do corpo do útero

O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma: o adenocarcinoma endometrioide do Tipo 1 (bem e moderadamente diferenciado), e o adenocarcinoma endometrial do Tipo 2 (de alto grau ou pouco diferenciado). Os casos do Tipo 1 estão mais fortemente relacionados com os desequilíbrios hormonais. Os do tipo 2 apresentam alto risco de recidiva e de metástase (RICCI, 2008).

Os principais fatores de risco são idade precoce na menarca, idade tardia na menopausa, obesidade e terapia de reposição hormonal. O risco de tumores do Tipo

2 aumenta em mulheres que já tiveram câncer de mama, sendo uma possível explicação para isso o uso do quimioterápico tamoxifeno (RANG et al., 2007).

Os hábitos de vida saudáveis, a prática de atividades físicas e o uso de anticoncepcionais orais diminuem o risco do câncer do corpo do útero (OTTO, 2002).

3.2.3. Câncer de ovários

Dos cânceres ginecológicos, o tumor de ovário é pouco frequente, sendo o mais difícil de ser diagnosticado. O fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de ovário é a história familiar de câncer de mama ou ovários. Mulheres que já desenvolveram câncer de mama e são portadoras de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 possuem um risco aumentado de desenvolver esse câncer. Outra condição genética relacionada a síndrome de Lynch (câncer de cólon hereditário não polipoide). Outros fatores de risco, como terapia de reposição hormonal pós-menopausa, tabagismo, obesidade e nuliparidade, menopausa tardia podem aumentar o risco de adoecimento (INCA, 2014).

3.2.4. Câncer de vulva

Entre os cânceres ginecológicos, o câncer de vulva é o mais raro, com incidência mundial de aproximadamente 1,8/100.000 mulheres, aumentando para até 20/100.000 após a idade de 75 anos. Estudos mostram que existe dois tipos histológicos de câncer de vulva, um que está relacionado diretamente com o HPV (papilomavírus humano) e o outro que é de causa idiopática. Sua prevalência são em mulheres acima de 65 anos. Fatores que aumentam este risco incluem outros, doenças inflamatórias crônicas vulvares, fumo, história de verrugas genitais (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011).

3.3 TRATAMENTO DO CÂNCER

Existem vários tipos de tratamentos que visam à cura do câncer, que visam o prolongamento da vida do paciente e os que fazem melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Dentre eles podemos citar:

3.3.1 Cirurgia

Esse tipo de tratamento pode ser utilizado antes ou depois do uso de quimioterápicos, que visa a retirada do tumor, impedindo que o mesmo cresça, geralmente. Existe a cirurgia curativa indicada para tumores iniciais, à cirurgia paliativa que visa à diminuição do sofrimento do paciente proporcionando melhores condições de vida e a cirurgia preventiva que tem por finalidade impedir que a célula maligna se transforme (OTTO, 2002).

Segundo Rutledge e Piver (2005), existem cinco tipos de histerectomias que significa a retirada do útero ou parte dele, que são: tipo I que é a histerectomia simples extrafacial, tipo II que é a histerectomia com remoção de metade dos paramétrios e útero-sacros com ressecção do terço superior da vagina, tipo III que é a histerectomia com remoção completa dos paramétrios e útero-sacros, incluindo terço superior da vagina, tipo IV que é a histerectomia com remoção de todo o tecido periuretral, ligadura da artéria vesical superior e ressecção de três quartos da vagina, tipo V que é a histerectomia com remoção da porção distal dos ureteres e bexiga, a parti do estadiamento que se define a melhor cirurgia que deve ser feita.

3.3.2 Quimioterapia

É o tratamento que utiliza medicamentos com a função de atuar nas células cancerígenas, que visa destruir, impedindo o crescimento exacerbado. É utilizado em todos os tipos de cânceres pode ser indicada antes (quimioterapia neoadjuvante), após cirurgia (quimioterapia adjuvante) ou utilizada isoladamente (quimioterapia paliativa). Em certos casos ela é feita em conjunto com a radioterapia onde é chamada de radioquimioterapia concomitante, que visa potencializar os efeitos da radiação. Porém, a indicação do tipo de tratamento a ser feito depende de vários fatores, como o tipo de tumor, localização e estágio da doença. A duração

pode depender, entre outras coisas, da resposta do tumor às drogas utilizadas (RANG et al., 2007).

A vantagem da quimioterapia é que passa por todo o corpo, matando assim qualquer célula doente que esteja em outro local além do tumor, mas por essa vantagem ela também mata células normais causando assim alguns efeitos colaterais. Estes efeitos não são obrigatoriamente apresentados por todas as pessoas que fazem quimioterapia, uma vez que dependem tanto do tipo de drogas utilizadas quanto da forma que o organismo responde ao tratamento. Assim, alguns pacientes podem apresentar efeitos colaterais mais severos enquanto outros podem mesmo não apresentar sintoma algum (RICCI, 2008).

3.3.3 Radioterapia

A radioterapia é um tratamento onde se é utilizado radiação ionizante para o tratamento de certos tipos de cânceres e algumas doenças benignas. A radiação tem a função de matar as células tumorais em um câncer. O ponto importante é que é um tratamento localizado onde as células atingidas são as doentes, poucas células normais são atingidas nesse tipo de tratamento, assim obtêm-se resultados positivos na eliminação total ou parcial dos tumores tratados com radiação o ocasionando assim efeitos colaterais locais (GOMEZ; ALEKTIAR; ZELEFSKY, 2009).

A radioterapia é dividida em duas formas, externa e interna. A forma externa, é chamada de teleterapia; e interna, chamada braquiterapia. Na teleterapia um feixe de radiação ionizante é apontado para a região alvo do corpo (campo), penetrando-lhe através da pele. A radioterapia externa, atualmente, utiliza aceleradores lineares que produzem diferentes tipos de feixes e diferentes energias de raios X, para a destruição das células malignas (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

3.2 BRAQUITERAPIA:

O termo braquiterapia origina-se do grego e refere-se a um tratamento feito a curta distância, onde as fontes radioativas são colocadas próximo ao volume alvo ou em contato com ele (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

A braquiterapia pode ser utilizada como modalidade terapêutica individualizada ou complementar para a teleterapia em diversos tipos de cânceres, inclusive para tumores ginecológicos, sendo possível a obtenção de resultados bastante satisfatórios, conforme o estadiamento desses tumores (GOMEZ; ALEKTIAR; ZELEFSKY, 2009).

As braquiterapias de colo uterino podem ser tratadas com teleterapia associada ou não a cirurgia e quimioterapia. Estudos já realizados tem demonstrado que deixar de fazer a braquiterapia significa a piora do quadro, diminuindo o controle local e as chances de cura(SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

As lesões iniciais podem ser tratadas cirurgicamente (Histerectomia), e nesse caso é utilizado aplicadores em forma de cilindro, para realizar a chamada braquiterapia de fundo vaginal(LOPEZ; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Quando o tratamento inicial não é cirúrgico, ou seja, quando a paciente ainda tem o útero presente é realizado a braquiterapia completa, onde é introduzida uma sonda intrauterina com dois aplicadores com os ovóides de Fletcher, ou uma sonda intrauterina associada a um aplicador em forma de anel (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Durante a aplicação os seguintes passos são seguidos: a paciente é colocada em posição ginecológica; feito assepsia e passado uma sonda vesical (folley), sendo insuflado o balão com contraste radiopaco (o objetivo da sonda vesical é melhor visualizar a bexiga e evitar diurese sobre os aplicadores); montagem e inserção dos aplicadores no canal vaginal; é inserido um abaixador de reto e bexiga, que tem por finalidade afastar as paredes e proteger esses órgãos de altas doses de radiação; dentro dos aplicadores são colocadas as dumes que são de material radioativo, servindo de guia para o cálculo da dose que será administrada a paciente; obtido duas radiografias ortogonais com fontes falsas para o planejamento; dependendo do quadro clinico da paciente e da gravidade de sua patologia as paradas das fontes dos aplicadores são otimizadas, resultando de dose especifica para cada paciente (LOPEZ; CHAMMAS; IYEYASU, 2013).

Realizado o planejamento seja ele com sonda intrauterina ou cilindro vaginal são conectados os cabos que carregam a fonte aos aplicadores. Todo o tratamento é acompanhado a distância por uma câmera contida na sala de braquiterapia que transmite a imagem para a sala de comando. Ao término são retirados os cabos

conectores e as sondas: depois a paciente é liberada para sua vida cotidiana normal. A enfermagem orienta esta paciente sobre os possíveis sintomas e sobre os cuidados de higiene (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

As sessões variam de acordo com cada paciente, levando em conta os tratamentos que já estão sendo feitos. Serão quatro sessões. Caso a paciente estiver em teleterapia que é a radiação ionizante externa, a paciente só será submetida a uma sessão de braquiterapia semanal, caso a paciente já tenha acabado o tratamento de teleterapia a mesma irá passar por duas sessões de braquiterapia semanais (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Considerando que o tratamento de braquiterapia ginecológica traz transtornos e desconforto às mulheres, antes, durante, um tempo depois e/ou bastante tempo depois de sua administração, a maioria dos estudos ressalta a importância do conhecimento dessas implicações pelos profissionais que assistem as pacientes, sobretudo os enfermeiros. O estudo que abordou a interação enfermeiro-paciente durante a aplicação de braquiterapia ginecológica mostrou que, a despeito da quantidade de tempo que os profissionais tinham para proporcionar atenção e cuidado às pacientes, esse tempo foi subutilizado, e a comunicação com as pacientes centrou-se sobre o cuidado físico (AISEN, 2004).

3.5. SENTIMENTOS DAS PACIENTES COM CÂNCER

Podemos dizer que a vivência do câncer é um sentimento único e singular. Porém, alguns sentimentos podem ser comuns para quem passa pela vivência do câncer ginecológico. Como por exemplo, às reações emocionais, medo da possibilidade de morte, ansiedade, angústia, dúvidas, incertezas, negação da doença, insegurança, impotência, sentimentos de perda pela mutilação do órgão retirado em pacientes submetidas à histerectomia, diminuição da autoestima e alterações nas atividades sociais (HUFF; CASTRO, 2011).

Sobre a sexualidade é comum essas pacientes apresentarem menor grau de satisfação, excitação e insatisfação com a frequência nas relações sexuais, receios de não corresponder às demandas sexuais, medo de rejeição e abandono do parceiro (NERONE; TRINCAUS, 2007).

No que se refere à relação conjugal, pode haver um afastamento do companheiro gerado pela condição física de sua mulher, que tem seus órgãos sexuais femininos comprometidos e necessidade de cuidados especiais para sua recuperação (HUFF; CASTRO, 2011).

O diagnóstico de câncer cria estresse para os pacientes e seus familiares. Assim, todas as informações sobre o diagnóstico e o tratamento do câncer, assim como outras informações, são de total relevância para os pacientes e seus familiares.

Um estudo pioneiro no Irã demonstrou que os pacientes que sabiam do seu diagnóstico e a forma detalhada do seu tratamento tinham o prognóstico melhor em relação a cura do câncer (SEYEDRASOOLY et al., 2014). Com isso, percebe-se a importância de que o paciente conheça o tratamento a ser realizado mediante a sua patologia, assim ele deve ir para o mesmo mais tranquilo podendo apresentar um melhor prognóstico.

4. METODOLOGIA:

4.1 NATUREZA DO ESTUDO:

É um estudo de abordagem qualitativa, que não enfoca a representatividade numérica, mas, sim, o aprofundamento da compreensão de um grupo social. Além disso, é de natureza descritiva, pois descreveu os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (GERHADT, SILVEIRA; 2009). Para Triviños (1987) este tipo de estudo exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar.

Vale salientar que realizamos também uma pesquisa de cunho exploratório, que segundo Gil (1999) tem o objetivo de explicitar e proporcionar maior entendimento sobre um determinado assunto.

4.2 LOCAL DA PESQUISA:

A pesquisa foi realizada no Hospital da Solidariedade, da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer – LMECC, localizado na rua Dona Izaura Rosado, Nº 129, abolição III no município de Mossoró no estado do Rio Grande do Norte. A escolha do local da pesquisa se deu através de ser o único hospital de radioterapia de Mossoró.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população referente ao estudo foi composta pelas pacientes portadoras de neoplasias malignas ginecológicas submetidas à braquiterapia ginecológica, no Hospital da Solidariedade, localizado no município de Mossoró-RN.

O atendimento é realizado diariamente, de segunda a sexta-feira no turno vespertino, sendo atendidas duas pacientes durante esse período, se não ocorrer nenhum contratempo, ficando assim dez pacientes semanais e 40 pacientes mensais.

. Inicialmente havia sido delimitada uma amostra de 20 participantes para a pesquisa. No entanto, a energia da fonte radioativa, essencial para a continuidade

do tratamento, estava se esgotando e no tempo previsto para a coleta dos dados apenas 6 pacientes seriam tratadas, constituindo a amostra do estudo. O Comitê de ética e pesquisa (CEP) foi comunicado através de uma emenda, que foi então aprovada.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Foram incluídas na pesquisa mulheres com câncer ginecológico submetidas a braquiterapia no Hospital da Solidariedade, maiores de 18 anos, independente de terem sido submetidas a cirurgia de histerectomia, e que aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídas da pesquisa as pacientes que não se enquadrarem nos critérios de inclusão.

4.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS:

A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas, fechadas e relatos das pacientes acerca da braquiterapia, através do qual se buscou obter informações sobre a percepção dessas mulheres sobre o tratamento realizado. Essa entrevista foi iniciada após a colocação dos aplicadores da braquiterapia de alta dose, momento esse em que a paciente percebeu as primeiras sensações referentes ao procedimento, tornando este relato o mais fidedigno possível. Inicialmente, foram realizadas perguntas no intuito de identificar o perfil das entrevistadas, assim como, a realização de perguntas sobre os demais tratamentos aos quais as mesmas foram submetidas, possibilitando identificar e melhor caracterizar a participante, não influenciando assim nos resultados da pesquisa (APÊNDICE B).

A coleta dos dados foi dividida em três momentos: o primeiro momento após a aplicação dos cilindros ou aplicadores durante a primeira sessão; o segundo

momento após o término da quarta sessão de braquiterapia ginecológica; e o terceiro momento um mês após a braquiterapia ginecológica, durante a consulta de revisão. Dessa forma, a coleta de dados ocorreu durante três meses consecutivos e, em cada mês, as mesmas mulheres foram entrevistadas, essa entrevista foi gravada por celular depois transcrita na íntegra obedecendo a fidedignidade dos relatos (falas), e posteriormente foram analisadas.

4.7 ANÁLISES DOS DADOS

Após a coleta dos dados, as entrevistas contendo o relato das pacientes, foram transcritas em formulários próprios e analisadas. A análise dos dados foi realizada através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, e que tem como fundamento a teoria da Representação Social (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). O DSC é um discurso elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa – PB, conforme o parecer 965.418 e CAAE 41229915.0.0000.5179. Assim, no decorrer de todo processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde especialmente no que concerne ao TCLE (BRASIL, 2012) (APÊNDICE A), anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais. A pesquisadora levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico – científica – da resolução do COFEN – 311/2007 que aprova a reformulação do código de Ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

A pesquisa apresentava riscos como: desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que foram minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da

privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. O benefício relacionado à participação das entrevistadas foi o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

4.9 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade dos pesquisadores participantes.

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Participaram da pesquisa 6 pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico submetidas ao tratamento por braquiterapia. Para manter a privacidade das participantes os nomes das mulheres foram substituídos e identificados pela letra “P”, seguida de numeração arábica sequenciada de P1 até P6.

Os resultados e a discussão foram estruturados da seguinte forma: perfil dos entrevistados, tipos de tratamentos, o apoio da equipe multiprofissional diante da dor necessária do tratamento, sensações de dever cumprido: fim do tratamento, sucessos do tratamento *versus* tratamento frustado. Os dados foram apresentados em forma de tabelas e quadros, seguido da análise e discussão, fixando o referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa.

5.1 PERFIS DAS ENTREVISTADAS

Em relação ao perfil das entrevistadas é uma população onde 100% (6/6) são do sexo feminino; 50% (3/6) apresentam faixa etária entre 40 a 50 anos; 67% (4/6) encontram se casadas; 50% (3/6) são do lar (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil da população entrevistada submetida à braquiterapia ginecológica.

Variáveis	Perfil da população entrevistada	
	N	%

Sexo	6/6	100
Feminino	0/6	0
Masculino		
Idade	1/6	17
30 a 40	3/6	50
40 a 50	1/6	17
50 a 60	1/6	17
60 a 70		
Estado civil	4/6	67
Casada	2/6	33
Viúva		
Profissão	3/6	50
Do lar	1/6	17
Professor	2/6	33
Aposentado		

N= Número de entrevistados. %= Porcentagem. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Diferente do visto na tabela onde as mulheres mais acometidas possuem entre 40 e 50 anos de idade, segundo o INCA (2014) a incidência dos cânceres ginecológicos é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Em geral, essa incidência começa a partir de 30 anos de idade, aumentando a prevalência rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos.

Além da relação da idade com o câncer, percebe - se com os resultados da pesquisa uma maior propensão do estado civil casada com a ocorrência de câncer ginecológico, bem como, pode-se considerar que as mulheres mais bem instruídas apresentam menor propensão ao câncer ginecológicos do que as menos instruídas. Sendo que este dado possivelmente está relacionado com a profissão dessas mulheres, das quais apenas uma possuía grau de instrução de nível superior.

5.2 INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A maioria das mulheres entrevistadas 67% (4/6) não fez nenhum tipo de cirurgia; 100% estavam em estadiamento T1; 50% em N1; 67% (4/6) fizeram 6 ciclos de quimioterapia e 100% (6/6) fizeram radioterapia, que subdivide em teleterapia e braquiterapia.

Tabela 2: Tipos de tratamentos que as pacientes com câncer ginecológico foram submetidas

Variáveis	População da amostra	
	N	%
Estadiamento		
T 1	6/6	100
N 1	3/6	50
M 1	1/6	17
Cirurgias		
Histerectomia radical	1/6	17
Histerectomia total	1/6	17
Histerectomia parcial	0/0	0
Não fizeram cirurgia	4/6	67
Quimioterapia		
6 ciclos	4/6	67
4 ciclos	2/6	33
Radioterapia		
Teleterapia	6/6	100
Braquiterapia	6/6	100

N= Número de entrevistados. %= Porcentagem. Fonte: Pesquisa de campo, 2015.

Para Salvajoli, Souhami, Faria (2013), as neoplasias de colo uterino podem ser tratadas com teleterapia e braquiterapia associada ou não a cirurgia e quimioterapia. Este estudo mostrou que quando não é feito braquiterapia para o tratamento de tumor uterino há uma maior possibilidade de ocorrer a piora do quadro, diminuindo as chances de cura.

Uma vez que, o estadiamento quando avançado, influencia diretamente o resultado do tratamento o estadiamento também constitui um resultado negativo por influenciar diretamente a no pior prognóstico. (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

5.3 O APOIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DA DOR NECESSÁRIA

Os relatos das pacientes foram discutidos em quadros que destacaram as expressões chaves e sua ideia central, bem como o discurso de sujeito coletivo,

elaborado a partir da junção dessas expressões. A partir da análise do primeiro relato obtido após a primeira sessão de braquiterapia foram obtidas duas ideias centrais: a dor necessária e o apoio da equipe multiprofissional, onde fica bem claro que são de extrema necessidade para o enfrentamento do tratamento (Quadro 1).

Quadro 1. Relato das pacientes com câncer ginecológico sobre a sensação da primeira aplicação da braquiterapia ginecológica.

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES CHAVES:
A dor necessária	<p><i>“foi uma dor necessária, o problema é que eu fiquei nervosa...”</i>P1.</p> <p><i>“... doer doeu... mas temos que enfrentar se é para fazer, tem que fazer...”</i>P2.</p> <p><i>“Não importa a dor que eu senti Deus me ajudou a suportar... a gente precisa aí tem que fazer ‘né?’”</i> P3.</p>
<p>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: <i>“Foi uma dor necessária, o problema que eu fiquei nervosa, doer doeu, mas temos que enfrentar se é para fazer, tem que fazer, não importa a dor que eu senti. Deus me ajudou a suportar, a gente precisa aí tem que fazer né?”</i></p>	
IDEIA CENTRAL II	EXPRESSÕES CHAVES:
O apoio da equipe multiprofissional	<p><i>“... ainda bem que tem vocês pra dizer como vai ser, vocês são uns anjos”</i> P4.</p> <p><i>“... as enfermeiras tudo ali me explicando, me acalmando... Eu só tenho a agradecer a Deus os médicos e a vocês...”</i> P5.</p> <p><i>“... acho que Deus fez vocês para isso sabe? Como um encaixe?...”</i>P6</p>
<p>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: <i>“Ainda bem que tem vocês pra dizer como vai ser. Vocês são uns anjos, as enfermeiras tudo ali me explicando, me acalmando, eu só tenho a agradecer a Deus os médicos e a vocês, acho que Deus fez vocês para isso sabe? Como um encaixe?”.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

De acordo com os resultados encontrados na Idéia Central I, que se referiu a sensação da primeira aplicação da braquiterapia ginecológica (Quadro1), a dor foi citada e referida como sendo necessária e que tem que ser enfrentada. As entrevistadas utilizaram a questão de enfrentamento focada na emoção e na necessidade de passar pelo tratamento para obtenção da cura. Elas falaram sobre a força do poder Divino, à fé que têm na cura e de ser um enfrentamento necessário. Para Costa e Leite (2009), é comum que os pacientes em tratamento oncológico desenvolvam atitudes como rezar, tentar acalmar-se, e tentar se conformar com a situação vivenciada diante do tratamento, acreditando que elas fazem parte do processo de obtenção da cura, referidas pelos autores como sendo irrevogável. Diante disso, percebe-se que por mais que seja um tratamento doloroso essas experiências constituem condição fundamental para a busca da cura, e que uma das formas de enfrentamento é a busca de auxílio através do “poder Divino”.

Já na idéia Central II, as pacientes relataram que foi essencial o suporte dos funcionários e da equipe multiprofissional durante o tratamento, fornecendo orientações sobre a braquiterapia, explicando o procedimento e adotando medidas para amenizar os medos e anseios vivenciados. Diante disso, Nations e Gomes (2007) retratam que o mais importante durante o tratamento é a habilidade do profissional de saúde em saber cuidar da pessoa. Os profissionais de saúde que pertencem ao ambiente hospitalar devem estar preocupados em oferecer aos pacientes cuidados humanizados fundamentados no diálogo não somente da doença, mas também propiciando medidas de conforto nas diversas situações vividas. Essas medidas vão desde a administração de medicamentos prescritos para o controle emocional até a realização de massagens que estimulem a circulação e amenizem as sensações dolorosas.

De acordo com Santana, Zanin e Maniglia (2008), a equipe multiprofissional de saúde, em especial de Enfermagem, tem grande responsabilidade ao dar as primeiras orientações sobre a profilaxia para reações futuras decorrentes do tratamento, sanar as possíveis dúvidas e fazer com que o paciente participe e desenvolva medidas de autocuidado.

5.4 SENSAÇÕES DE DEVER CUMPRIDO: FIM DO TRATAMENTO

O segundo DSC foi elaborado a partir do relato obtido após a última sessão de braquiterapia. Nele, percebemos a ideia central de “sensação de dever cumprido”, pois as expressões chaves retratadas foram de sensação de alívio por ter terminado o tratamento de braquiterapia (Quadro 2).

Quadro 2: Relato das pacientes com câncer ginecológico sobre a sensação da última aplicação da braquiterapia ginecológica.

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES CHAVES:
Sensação de dever cumprido	<p>“...é carne dói, mas...”P1.</p> <p>“Dessa vez foi bem mais tranquilo, doeu, mas não foi à dor da primeira vez, ‘né’”?... ” P4.</p> <p>“... mas só em saber que foi a última vez e eu consegui passar por mais um tratamento...” P3.</p> <p>“Fiquei menos envergonhada...” P2.</p> <p>“...na verdade aliviada porque já ia acabar” P6.</p> <p>“...pra mim eu já me sinto curada.”P5.</p>
<p>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: “É carne dói, mas dessa vez foi mais tranquilo, doeu, mas não foi á dor da primeira vez, né”? Mas só em saber que foi a última vez e eu consegui passar por mais um tratamento. Fiquei menos envergonhada, na verdade aliviada porque já ia acabar. Pra mim eu já me sinto curada.”</p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Diante dos resultados expostos na ideia central I, o relato das pacientes teve o mesmo sentido, pois ambas relataram que por ser o último dia de tratamento elas ficaram mais aliviadas. Acreditava-se elas sabendo como seria o tratamento a última sessão seria menos desagradável, mas os relatos surpreenderam, pois elas

se sentiram mitigadas, devido a não já saberem como seria e sim por estar acabando. Apesar de não haver na literatura referencia que confirme esse dado, mas Almeida et al. (2001), apontaram que condições graves como o câncer carregam consigo uma série de associações simbólicas, que podem afetar profundamente a maneira como as pessoas percebem essa doença. A representação do câncer, como um mal, exprime um sentimento de desvalorização social, expressando a doença não apenas um desvio biológico, mas também um desvio social, onde o doente se vê como um ser desvalorizado, levando as pacientes que conseguem terminar o tratamento o sentimento de alívio.

5.5 SUCESSOS DO TRATAMENTO *VERSUS* TRATAMENTO FRUSTADO

O terceiro DSC foi elaborado a partir do relato obtido após 30 dias da última sessão de braquiterapia. Nele, constatamos duas idéias centrais: “sucesso do tratamento e tratamento frustrado”, pois as expressões chaves retratadas foram de agradecimento por ter terminado o tratamento e terem alcançado a cura na primeira ideia central, já na segunda ideia central foi de frustração por não ter obtido a cura total da doença (Quadro 3).

Quadro 3: Relato das pacientes com câncer ginecológico 30 dias após ter feito a última sessão de braquiterapia ginecológica.

IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES CHAVES:
Sucesso do tratamento	<p>“Graças a Deus e a vocês eu não senti nada, fiz tudo bem direitinho...” P4.</p> <p>“Dá um alívio ‘né’?...”P3.</p> <p>“Aliviada por ter passado e saber que não tem mais doença...” P1.</p>
<p>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: <i>“Graças a Deus e a vocês eu não senti nada, fiz tudo bem direitinho. Dá um alívio ‘né’? Aliviada por ter passado e saber que não tem mais doença.”</i></p>	
IDEIA CENTRAL I	EXPRESSÕES CHAVES:
Tratamento frustrado	<p>“Depois de fazer os exames e saber que a doença tá menor, me deixou mais triste ainda...” P6.</p> <p>“Triste em saber que a doença ainda tá aqui” P2.</p> <p>“... Não fiz o que vocês disseram, aí as minhas partes íntimas fecharam um pouco... mas vai dá certo porque vou fazer tudo direitinho agora” P5.</p>

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO: *“Depois de fazer os exames e saber que a doença tá menor, me deixou mais triste ainda, triste em saber que a doença ainda tá aqui. Não fiz o que vocês disseram aí as minhas partes íntimas fecharam um pouco, mas vai dá certo porque vou fazer tudo direitinho agora.”*

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

Diante do quadro 3, é possível perceber que, assim como todo tipo de tratamento, a braquiterapia pode ter seus resultados positivos e negativos, conforme mostrou a idéia central I, algumas mulheres relatam sucesso no tratamento. Corroborando com esse dado a Sociedade Brasileira de Radioterapia (2003), trás que o tratamento com teleterapia complementada pela braquiterapia intra-uterina possibilita a cura de cerca de 60 a 90% dos casos de câncer de colo de útero que se encontra em estadiamento inicial.

Em relação a idéia central II, algumas mulheres relataram o resultado do tratamento como sendo frustrado, visto que após as sessões de braquiterapia essas mulheres continuaram com o tumor, embora estivesse menor. Além das complicações como o colapso vaginal que constituíram resultados negativos. Por sua vez o colapso vaginal ocorre meses após o tratamento ocorrendo o estreitamento da vagina, ficando menos maleável e ressecada, podendo ocasionar desconforto e sangramento discreto no momento do ato sexual. Após a braquiterapia como forma de prevenir o colapso vaginal, algumas recomendações devem ser atendidas como: retomar as suas atividades sexuais habituais a fim de preservar o funcionamento da vagina, caso não tenha vida sexual é orientado uso de dilatares vaginais, para que esse resultado negativos, não ocorra (FRIGATO; HOGA, 2003).

Além dos resultados negativos e como forma de justificar esses resultados do tratamento, pode – se retratar o estadiamento da doença da participante da pesquisa. Uma vez que, o estadiamento quando avançado, influencia diretamente o resultado do tratamento citados o estadiamento também constitui um resultado negativo por influenciar diretamente a o pior prognóstico. (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Segundo Zaniniet al (2005), o uso de estratégias para evitar do problema, tristeza, depressão leva não só a um maior relato de afeitos negativos como a uma

menor percepção de afeitos positivos, conduzido assim indiretamente ao pior prognóstico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo geral analisou-se a concepção, os sentimentos e a experiência das pacientes com câncer de útero submetidas à braquiterapia ginecológica. Sabendo que é uma experiência necessária para a vida, elas enfrentam o tratamento, que é essencial que essas pacientes sejam bem orientadas, antes, durante e após o tratamento. Que o apoio da equipe multiprofissional é fundamental na vida dessas mulheres. Diante dos resultados expostos na ideia central I, o relato das pacientes teve o mesmo sentido, pois ambas relataram que por ser o último dia de tratamento elas ficaram mais aliviadas, não por que elas já sabiam como seria o tratamento e sim por que já estavam próximo a acabar que ajudou mais no enfrentamento do mesmo, a esperança da cura e que existe um poder divino. Também no momento dos relatos percebe-se o entusiasmo e a tristeza de algumas pacientes durante os relatos, que como foi descrito anteriormente são sentimentos que contribui indiretamente ajudando ou não no tratamento.

Mediante a hipótese que as pacientes com câncer ginecológico apresentam medo e ansiedade relacionada ao tratamento por braquiterapia, que esses sentimentos foram bem descritos nos relatos, onde conseguimos ver que com o passar das sessões elas ficaram mais aliviadas desses sentimentos por estar concluindo mais um tratamento oncológico.

Considerando a carência de pesquisas nas bases de dados PUBMED, MEDLINE E LILACS onde não encontra pesquisa que abordasse os relatos das pacientes com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia, recomenda-se a elaboração de outras pesquisas para ampliar a compreensão desse processo para além dos aspectos do terapêutico. Espera-se que este estudo possa instigar o desejo de novas pesquisas não só com relação aos sentimentos de mulheres que foram submetidas à braquiterapia ginecológica, mas também à reflexão individual dos profissionais sobre tal assunto, com a finalidade de melhorar não só na sua atuação profissional, mas também no seu pessoal, para essas pacientes.

Vale ressaltar ainda, que nosso estudo envolve um número pequeno de pacientes submetidas à braquiterapia ginecológica e de maneira alguma esta é uma compreensão definitiva sobre os sentimentos dessas mulheres.

E com o desdobramento do presente trabalho visto à necessidade, elaboraremos embasados relatos das pacientes com câncer ginecológico submetidas à braquiterapia, uma cartilha de orientação intitulada “Braquiterapia Ginecológica: o que esperar”, contendo informações sobre o tratamento de braquiterapia, efeitos colaterais, e cuidados pós tratamento, para auxiliar as futuras pacientes no enfrentamento do tratamento.

REFERÊNCIAS:

AISEN, Salim. Braquiterapia de alta taxa de dose no tratamento do câncer do colo uterino: resultados de controle local, sobrevida e complicações. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.07-10,2004.

BERGERON, Christine. **The 2001 Bethesda System**. Salud Publica de México. México: vol. 45. 2003.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo**: Patologia em geral. 5. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2013. 476 p.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.45-43, jul. 2010.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Câncer de Vulva**, [S.I.]: AMBANS. 2011.

GERHARDT, Tatiana Engl; SILVEIRA, Denise Talfo. **Metodos e pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,1999.

GOMEZ, Daniel R.; ALEKTIAR, Kaled M.; ZELEFSKY, Michael J..Brachytherapy. In: HAFPTY, Bruce G.; WILSON, Lynn D.. **RadiationOncology**: basicprinciplesandclinicalprotocols. Massachusetts: Copyright, 2009. Cap. 5. p. 111-141

GUIMARÃES, Roger Guilherme Rodrigues et al. Avaliação dosimétrica de uma combinação de aplicadores para braquiterapia de tumores do colo uterino com acometimento da porção distal da vagina. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.10-15, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842009000400005&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2014.

HUFF, Raquel; CASTRO, Elisa Kern de. Repercussões Emocionais do Câncer Ginecológico e Exenteração Pélvica. **Revista Psicologia e Saúde**, São Leopoldo, v.3, n. 1, p.33-42, jan. 2011.

KUMAR, Vinayet al. **Robbis e Cotran**: Patologia bases patológicas das doenças. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. Pesquisa qualitativa levada a sério. 2003b. [internet]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm. Acesso em:21 nov: 2014.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo O sujeito coletivo O sujeito coletivo que fala o que fala. **Interface**, São Paulo, v. 10, n. 20, p.517-524, jul. 2006.

LOPEZ, Ademar; CHAMMAS, Roger; IYAYASU, Hirofumi. **Oncologia para a graduação**. 3. ed. São Paulo: Lemar, 2013.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ)2014.

NERONE, Vanessa; TRINCAUS, Maria Regiane. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo de útero. **Revista Salus**, Guarapuava, v. 2, n. 1, p.1-18, jul. 2007.

OTTO, Shirley E.**Oncologia**. RIO DE JANEIRO: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

POTÉN, Jonas et al. **Strategies for global control of cervical cancer**. *International Journal of Cancer*. New York, p. 1-26. jun. 1995

RANG, H. P. et al.**Rang e Dale**: Farmacologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RICCI, Marcos Desidério. et al. **Oncologia Ginecológica**: Aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento. Barueri: Manole,2008.

RIVOIRE, Waldemar Augusto et al. Bases biomoleculares da oncogenese cervical. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 47, p.179-184, jul. 2001

SALVAJOLI, João Victor; SOUHAMI, Luiz; FARIA, Sérgio Luiz. **Radioterapia em oncologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013

SEYEDRASOOLY, Aleheet al. Association between Perception of Prognosis and Spiritual Well-being among Cancer Patients. **Journal of Caring Sciences**, Irã, v. 3, n. 1, p.47-55, mar. 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: **RELATOS DAS PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA**. Está sendo desenvolvida por **Clara Maria Oliveira e Silva** aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da **Professora Me Kalidia Felipe de Lima Costa**. A pesquisa apresenta o objetivo de analisar a percepção de pacientes com câncer ginecológico submetidas a tratamento por braquiterapia no município de Mossoró – Rio Grande do Norte.

A relevância deste estudo está pautada em possibilitar que essas mulheres tenham um tratamento mais orientado, com dúvidas esclarecidas, favorecendo assim os resultados do próprio tratamento possibilitando maior propabilidade de adesão ao mesmo.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação. Os riscos mínimos como: desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, serão minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. O benefício relacionado a sua participação será de possibilitar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida ao(s) seguinte(s) procedimentos: assinatura deste termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista com o pesquisador onde a senhora responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta de perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou

internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

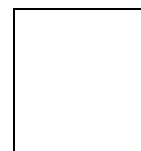
Diante do exposto, agradecemos à contribuição da senhora na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim, sendo que será rubricada a primeira página e assinada a última por mim (participante) e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2015.

Prof^aMe. Kalídia Felipe de Lima Costa
(Pesquisadora Responsável)

Participante da Pesquisa/ Testemunha



Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com
Pesquisadora Responsável: Kalídia Felipe de Lima Costa
Endereço profissional do Pesquisador: Rua José de Souza, nº 196, bairro Alto de São Manoel. Mossoró-RN. CEP:59.625-150.
E-mail do pesquisador: kalidiefelipe@facenemossoro.com.br
Fone de contato profissional: (84) 3314-3728

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS CLINICOS E CLASSIFICAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Idade: _____ Grau de instrução: _____
Profissão: _____ Procedência: _____
Telefone: _____ Estado civil: _____
Data: ___/___/___ Prontuário nº: _____
Diagnóstico: _____
Local: _____

TRATAMENTO REALIZADO

Realizou cirurgia: Sim () Não ()
Local: 1-() COHM 2-() Outros
Tipo de cirurgia: _____
Estadiamento Patológico: T ___ N ___ M ___ EC ___

QUIMIOTERAPIA

Início: _____
Término: _____
Número de Ciclos: _____

TELETERAPIA:

Início: _____
Término: _____
Dose Total: _____ cGY
Curva: _____ %
Dose Diária: 1-() 180cGY 3-() 250cGY
2-() 200cGY 4-() 300cGY

RADIODERMITE:

SIM () NÃO ()
GRAU DE RADIODERMITE: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
GRAU IV ()

Suspensão da radioterapia: 1-() Sim 2-() Não

Início:_____.

Término:_____.

Total de dias de suspensão:_____.

Outros aspectos importantes:

BRAQUITERAPIA:

Início:_____.

Término:_____.

Nº do ovóide:_____; Ângulo da sonda:_____; Estêrômetro:_____. Nº do cilindro:_____;

Uso de sonda vesical: () Sim () Não

Outros aspectos importantes:

DURANTE ESSE ÚLTIMO MÊS, APÓS TER FEITO A BRAQUIITERAPIA GINECOLÓGICA, QUAIS FORAM AS REAÇÕES SENTIDAS PELA SENHORA? (RELATAR AS REAÇÕES FÍSICAS E EMOCIONAIS).

ANEXO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, • FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2ª Reunião Ordinária realizada em 26 de Fevereiro 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "RELATOS DAS PACIENTES COM CÂNCER GINECOLÓGICO SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA", Protocolo CEP: 011/2015 e CAAE: 41229915.0.0000.5179. Pesquisadora responsável: KALIDIA FELIPE DE LIMA COSTA e das Pesquisadoras Associadas: CLARA MARIA OLIVEIRA E SILVA, TATIANA OLIVEIRA SOUZA e ANANKA NEI ARAUJO MAIA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 02 de Março de 2015

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE