

Neutropenia: ocorrência e manejo em mulheres com câncer de mama em quimioterapia

Talita Garcia do Nascimento¹

Marceila de Andrade²

Rosemeire Aparecida de Oliveira³

Ana Maria de Almeida⁴

Thais de Oliveira Gozzo⁵

Objetivos: identificar a prevalência e descrever o manejo de neutropenia ao longo do tratamento quimioterápico, entre mulheres com câncer de mama. Métodos: estudo observacional, ciclos de quimioterapia. Registraram-se 116 eventos neutropênicos e 63,3% das pacientes apresentaram neutropenia em algum momento do tratamento, sendo que 46,5% desses foram de grau II. O manejo utilizado foi a suspensão temporária entre os ciclos e a média de atrasos foi de 6, prospectivo, longitudinal, onde foi realizada a avaliação das toxicidades hematológicas, a cada ciclo de quimioterapia, neoadjuvante ou adjuvante. Resultados: foram incluídas 79 mulheres submetidas a 572 ciclos de quimioterapia. Registraram-se 116 eventos neutropênicos e 63,3% das pacientes apresentaram neutropenia em algum momento do tratamento, sendo que 46,5% desses foram de grau II. O manejo utilizado foi a suspensão temporária entre os ciclos e a média de atrasos foi de 6.

Descritores: Enfermagem; Neoplasias Mamárias; Quimioterapia/efeitos adversos.

¹ MSc, Professor, Faculdade Barretos, Barretos, SP, Brasil.

² MSc, Enfermeira, Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Thais de Oliveira Gozzo
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: thaisog@eerp.usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A neutropenia é caracterizada pela diminuição de células brancas do sangue, com contagem de neutrófilos abaixo de $1,5 \times 10^9/L$. A ocorrência desse evento varia de 16 a 81% entre os pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico⁽¹⁻³⁾.

É um dos principais Eventos Adversos (EA) da quimioterapia antineoplásica e o que mais interfere na dosagem dos quimioterápicos. A ocorrência de neutropenia está associada ao aumento da mortalidade, morbidade e custos do tratamento, além de não ser possível prever quais pacientes irão apresentá-la⁽⁴⁻⁵⁾.

O manejo deste EA induzido pela quimioterapia é administrado de diferentes formas na prática clínica. As estratégias, em geral, são limitadas à redução da dose dos agentes quimioterápicos, ao adiamento entre os ciclos e ao uso de fatores estimuladores de colônia, porém, são consideradas práticas clínicas comuns durante o tratamento de pacientes com câncer primário de mama que apresentaram EAs, como episódios de neutropenia⁽⁶⁾.

Apesar de essas estratégias serem amplamente utilizadas, estudos clínicos têm demonstrado que tais modificações na dose, ou no tempo programado, podem ter como consequência resultado inferior na qualidade final da terapêutica⁽⁷⁾.

A eficácia da assistência e do tratamento prestado ao paciente é fundamental para a qualidade do cuidado de saúde. A ocorrência de neutropenia aponta a necessidade de a enfermagem definir protocolos de avaliação e seguimento, que incluam os EAs, os graus de comprometimento e seu manejo⁽¹⁾.

Os padrões de gerenciamento de neutropenia variam de acordo com cada centro de saúde. O desenvolvimento de protocolos de cuidados de enfermagem, para o manejo de neutropenia induzida por quimioterapia, pode permitir que mais pacientes se beneficiem do tratamento com dose completa e dentro do cronograma, da redução na variação de conduta na assistência prestada, na promoção da utilização eficaz de fator estimulador de colônia, do auxílio na tomada de decisões diante de situações contraditórias e, principalmente, da melhora na qualidade do atendimento ao paciente, o que leva à melhoria dos resultados do tratamento⁽⁸⁾.

No serviço de Oncoginecologia e Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), não há protocolos de cuidados de enfermagem para atendimento das mulheres com câncer ginecológico ou mamário durante o tratamento, o que dificulta a uniformização

das orientações e informações fornecidas pela equipe de enfermagem para a mulher e seus cuidadores. Observa-se, na fala das mulheres, informações desencontradas e muitas vezes contraditórias, o que dificulta a tomada de decisão frente aos EAs do tratamento quimioterápico e quanto à confiança na equipe. Nota-se, também, ausência de estudos nacionais voltados ao manejo da neutropenia na área da enfermagem, assim como a implementação de protocolos específicos que auxiliem a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consistiu em identificar a prevalência e descrever o manejo de neutropenia ao longo do tratamento quimioterápico, entre mulheres com câncer de mama.

Método

Este estudo é parte do projeto "Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, depressão e toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama", aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP-USP, por meio do Processo HCRP 1460/2009.

Tendo como foco a neutropenia induzida por quimioterapia, realizou-se um estudo observacional, longitudinal e prospectivo de avaliação desse EA, a cada ciclo de quimioterapia, neoadjuvante ou adjuvante, em mulheres com câncer de mama seguidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

A partir de uma estimativa de 100 casos novos/ano de câncer de mama, atendidos no referido ambulatório, o estudo recrutou todas as mulheres que iniciaram tratamento quimioterápico no período de abril de 2009 a março de 2010, seguindo os critérios de inclusão: mulheres com idade acima de 19 anos com diagnóstico de câncer de mama; que estivessem iniciando o tratamento quimioterápico pela primeira vez, neoadjuvante ou adjuvante. Foram considerados como critérios de exclusão: mulheres que não pudessem se expressar individualmente, que apresentassem doença metastática no diagnóstico e durante o tratamento, presença de outro tumor maligno no diagnóstico, tratamento prévio para câncer de mama ou outro tipo de tumor maligno e mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Foram incluídas no estudo 83 mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento quimioterápico neoadjuvante ou adjuvante. Não houve recusa em participar, porém, durante o seguimento, duas mulheres abandonaram o tratamento quimioterápico por intolerância aos EAs, uma solicitou ser excluída da pesquisa e uma

teve diagnóstico de metástase. Assim sendo, 79 mulheres compuseram a amostra.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento com informações sobre a identificação, dados acerca do diagnóstico, resultado dos hemogramas realizados antes de cada ciclo de quimioterapia, dosagem dos quimioterápicos utilizados na neoadjuvância e na adjuvância, dados de possíveis internações durante o tratamento quimioterápico e, ainda, dados sobre o procedimento cirúrgico. Essas informações foram coletadas a cada ciclo em entrevista com as mulheres participantes e informações complementares, como resultados de exames, obtidos no prontuário. Foram definidos como variáveis do estudo a neutropenia e as variáveis sociodemográficas idade, raça, comorbidade e estágio do câncer.

Baseado nos objetivos do estudo, foi realizada a análise descritiva (frequência, média, mediana e desvio-padrão) de todas as variáveis e a análise descritiva (frequência, média, mediana e desvio-padrão) da variável neutrófilo para cada ciclo. Para isso, foi utilizado o SPSS (versão 18.0 para Windows: IBM, Armonk, NY, USA).

Resultados

Das 79 mulheres participantes, a idade variou de 29 a 69 anos, sendo que 34,2% delas se encontravam na faixa etária de 51 a 60 anos e 24,1% estavam com idade abaixo de 40 anos. A média de idade das participantes foi de 48,4 anos, com desvio-padrão de 9,67 anos (Tabela 1).

Considerando os estádios clínicos do câncer de mama apresentados, o mais observado foi o IIa em 25,3% das mulheres, seguido pelo IIb e IIIb com uma frequência de 21,5% para cada um (Tabela 1).

Quanto à terapêutica utilizada, 50,6% das mulheres receberam tratamento quimioterápico neoadjuvante, enquanto que 49,4% receberam o adjuvante. Os protocolos quimioterápicos utilizados, tanto para o tratamento neoadjuvante quanto para o adjuvante, foram FEC (Fluouracil, Epirubicina e Ciclofosfamida), EC-T (Epirubicina, Ciclofosfamida e Paclitaxel), EC-TH (Epirubicina, Ciclofosfamida, Paclitaxel e Trastuzumab) e EC (Epirubicina e Ciclofosfamida). A escolha do esquema é realizada de acordo com o protocolo da instituição, que prevê como critérios a definição do estágio clínico, diagnóstico histológico, bem como o painel imuno-histoquímico para receptores hormonais e HER-2.

Foram realizados, no total, 572 ciclos de quimioterapia, sendo 301 ciclos para tratamento neoadjuvante e 271 adjuvante. Durante a realização dos 572 ciclos de quimioterapia, foram verificadas variadas intercorrências, que interferiram diretamente na duração do tratamento.

Das 79 mulheres estudadas, 30,4% foram internadas durante o tratamento, totalizando 30 hospitalizações, excluindo-se as internações ocasionadas para realização de exames complementares ou procedimentos cirúrgicos. Destaca-se que 33,33% (10 internações) foram devido à neutropenia febril, oito internações por desidratação, duas por infecção do trato urinário, duas por pneumonia e 8 internações por outros motivos.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil, escolaridade e *status* nutricional. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010 (N=79)

| Característica | Número e porcentagem (%) de mulheres |
|--|--------------------------------------|
| Idade | |
| Abaixo de 30 anos | 1 (1,3%) |
| 31 a 40 anos | 18 (22,8%) |
| 41 a 50 anos | 25 (31,6%) |
| 51 a 60 anos | 27 (34,2%) |
| 61 a 69 anos | 8 (10,1%) |
| Estágio da doença | |
| <i>In situ</i> | 2 (2,5%) |
| Ia | 5 (6,3%) |
| IIa | 20 (25,3%) |
| IIb | 17 (21,5%) |
| IIIa | 15 (19%) |
| IIIb | 17 (21,5%) |
| Sem registro | 3 (3,8%) |
| Composição corporal | |
| Abaixo do peso (< 18,5kg/m ²) | 1 (1%) |
| Peso normal (18,5-24,99kg/m ²) | 17 (22%) |
| Sobrepeso (≥ 25kg/m ²) | 31 (41%) |
| Obesidade (≥ 30kg/m ²) | 27 (36%) |

De acordo com os exames hematológicos coletados anteriormente a cada ciclo quimioterápico, das 79 mulheres participantes no estudo, 63,3% apresentaram neutropenia em algum momento do tratamento quimioterápico, dessas, 16,5% desenvolveram o evento uma única vez, 20,2% apresentaram neutropenia duas vezes durante a quimioterapia, 16,5% três vezes e 10,1% desenvolveram quatro episódios neutropênicos.

A ocorrência de neutropenia foi observada tanto no tratamento neoadjuvante como no adjuvante. Das 40 mulheres que receberam o tratamento neoadjuvante, 24 delas (60%) desenvolveram neutropenia em algum momento da quimioterapia, o que representou 48% de todos os episódios neutropênicos verificados no estudo. No tratamento adjuvante observou-se maior ocorrência de neutropenia, pois, entre as 39 participantes, 26 delas (66,7%) apresentaram, representando 52% dos 50 eventos neutropênicos.

Segundo o protocolo quimioterápico, 31 mulheres utilizavam EC-T/EC-TH, sendo que, dessas, 67,7% desenvolveram neutropenia. Já entre as 48 pacientes tratadas com FEC/EC, 60,4% apresentaram neutropenia.

Foi observado o total de 116 episódios neutropênicos ao longo do estudo. Desses, 9,5% foram classificados como grau I, 46,5% grau II, 31,9% grau III e 12,1% grau IV. Os resultados hematológicos obtidos antes do início do terceiro ciclo de quimioterapia mostraram a maior ocorrência de eventos neutropênicos (23,3%), nessa etapa do tratamento (Tabela 2).

O maior número de ocorrências de neutropenia graus III e IV foi observado nos exames anteriores aos ciclos três (32,4%) e neutropenia grau IV, nos exames que antecederam o ciclo dois (42,8%), indicando a necessidade de avaliação contínua de sintomas e vigilância durante essa fase do tratamento.

A média de idade das mulheres que apresentaram neutropenia grau III, em algum momento do tratamento, foi de 49,63 anos, já as que apresentaram grau IV foi de 43,2 anos. O índice de massa corporal das pacientes que apresentaram grau III e grau IV de neutropenia foi de 28,3kg/m² e 28,5kg/m², respectivamente.

Tabela 2 - Episódios neutropênicos observados em mulheres portadoras de câncer de mama, submetidas a tratamento quimioterápico, segundo grau de neutropenia e ciclo de quimioterapia. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010

| | Ciclo 1 | Ciclo 2 | Ciclo 3 | Ciclo 4 | Ciclo 5 | Ciclo 6 | Ciclo 7 | Ciclo 8 | Total (%) |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|
| Grau I | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 11 (9,5%) |
| Grau II | 0 | 6 | 12 | 13 | 15 | 6 | 0 | 2 | 54 (46,5%) |
| Grau III | 0 | 7 | 12 | 8 | 8 | 2 | 0 | 0 | 37 (31,9%) |
| Grau IV | 0 | 6 | 2 | 1 | 1 | 4 | 0 | 0 | 14 (12,1%) |
| Total | 0 | 21 | 27 | 24 | 26 | 14 | 2 | 2 | 116 (100%) |

A neutropenia foi responsável pela suspensão temporária do tratamento em 42 ciclos dos 159 realizados por mulheres que utilizaram os protocolos EC-T/ EC-TH e dos 118 ciclos de FEC/EC, 44 não foram administrados no espaço de tempo previsto pelo protocolo, pelo mesmo motivo.

Entre os ciclos de quimioterapia ocorreram atrasos e a média foi de 6,3 dias. Destaca-se que

os adiamentos dos ciclos não ocorreram somente devido ao manejo da neutropenia, sendo também relacionados ao gerenciamento do sistema de saúde, com a falta de vaga na central de quimioterapia. Apesar dessa diferença, entre o manejo e o gerenciamento, apresentam-se os motivos dos adiamentos agrupados, conforme o protocolo de quimioterapia recebido pela participante.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres, submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo o motivo do adiamento entre os ciclos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010 (N=48)

| Motivo do adiamento para protocolo EC-T/EC-TH | Ciclo 2 (n=48) | Ciclo 3 (n=48) | Ciclo 4 (n=48) | Ciclo 5 (n=48) | Ciclo 6 (n=47) | Ciclo 7 (n=46) | Ciclo 8 (n=42) | Total |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Falta de vaga | 8 | 11 | 11 | 7 | 8 | 3 | 1 | 49 |
| Neutropenia | 7 | 10 | 10 | 12 | 1 | 0 | 2 | 42 |
| Infecção | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| Outros | 6 | 7 | 8 | 7 | 11 | 18 | 6 | 63 |
| Total | 22 | 29 | 30 | 27 | 20 | 21 | 10 | 159 |

Tabela 4 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo o motivo do adiamento entre os ciclos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010 (N=31)

| Motivo do adiamento para protocolo FEC/EC | Ciclo 2 (n=31) | Ciclo 3 (n=31) | Ciclo 4 (n=31) | Ciclo 5 (n=31) | Ciclo 6 (n=31) | Total número |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Neutropenia | 7 | 10 | 10 | 8 | 9 | 44 |
| Falta de vaga | 8 | 11 | 11 | 2 | 1 | 33 |
| Infecção | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| Outros | 6 | 7 | 8 | 7 | 9 | 37 |
| Total | 22 | 29 | 30 | 18 | 19 | 118 |

Segundo os dados apresentados nas Tabelas 3 e 4, falta de vaga na central de quimioterapia ocupou o primeiro e a neutropenia o segundo lugar dentre os motivos de atrasos entre os ciclos de quimioterapia.

Outra possibilidade de manejo da neutropenia, a redução de dose, neste estudo, foi observada somente para uma participante. Outros possíveis manejos como o uso de fatores estimuladores de colônia não foram empregados.

Discussão

O desenvolvimento de mielossupressão durante a quimioterapia é influenciado tanto pelas características das drogas utilizadas quanto pelas condições apresentadas pelo paciente. Portanto, a associação de mielotoxicidade com a atividade do tratamento nem sempre é direta⁽⁹⁾.

Não estão bem definidos os fatores de risco para a neutropenia durante o tratamento quimioterápico, entretanto, estudos atuais apontam para: idade avançada (≥ 65 anos), sexo feminino, baixa *performance status* e *status* nutricional, superfície corporal reduzida, diminuição na contagem de células sanguíneas anterior ao início do tratamento (número reduzido de linfócitos e de hemoglobina) e envolvimento prévio da medula óssea^(4,10).

De acordo com média de idade das pacientes participantes em ensaios clínicos randomizados, essa varia de 46 a 49 anos e é semelhante à encontrada neste estudo. Porém, foi possível observar, também, que o percentual de mulheres jovens, de 31 a 40 anos, com neoplasia mamária, vem aumentando consideravelmente, representando 22,8% nesta amostra estudada. Entretanto, destaca-se que, nas pesquisas atuais, os autores apresentam a média de idade para todas as participantes, sem distinção entre as faixas etárias que apresentaram ou não neutropenia durante o tratamento^(2,11-12).

Quanto à escolha, utilização e atividade das drogas, dados atuais indicam que, tanto para o tratamento adjuvante de câncer de mama quanto para o neoadjuvante, regimes quimioterápicos baseados em antraciclina e taxanos são considerados de primeira escolha. A introdução dos taxanos e o aumento nas doses dos antracíclicos favorecem a maior ocorrência das mielotoxicidades, resultando no risco de neutropenia febril e infecções durante o tratamento⁽¹³⁾.

A neutropenia é o evento que mais interfere no limite da dosagem do quimioterápico e na programação dos ciclos durante o tratamento. Pacientes que apresentam neutropenia induzida por quimioterapia têm risco de infecções potencialmente fatais. Embora a

redução da dose de quimioterapia ou o atraso do ciclo de tratamento subsequente e, conseqüentemente, a redução da intensidade da dose relativa possam limitar a mielotoxicidade, essas ações também podem impactar negativamente o resultado do tratamento e devem ser evitadas⁽¹⁴⁾.

Esses atrasos ou reduções de dose minimizam as sequelas tóxicas do tratamento em pacientes cuja contagem sanguínea não se encontra devidamente recuperada. Tais práticas podem ter impacto significativo nos resultados de sobrevivência, da mesma forma que reduzem a intensidade da dose recebida. Porém, para a obtenção do máximo benefício do tratamento quimioterápico, a manutenção da dose total programada deve ser mantida como importante fator de resposta ao tratamento, pois a cada sete dias de atraso do tratamento quimioterápico, há diminuição de, aproximadamente, 5% da intensidade da dose⁽⁶⁾.

Número limitado de estudos tem mostrado que a ausência de mielotoxicidade durante a quimioterapia está associada com pior prognóstico, o que sugere que a mielodepressão pode representar importante marcador biológico do efeito do tratamento. Além disso, outros pesquisadores têm enfatizado a potencial importância de se adaptar a dose de quimioterapia com base na toxicidade hematológica, pois sua ausência pode ser resultado de subdosagem. Porém, estudos prospectivos são necessários para avaliar se a dosagem da droga, guiada pela ocorrência de efeitos tóxicos, pode melhorar a eficácia de esquemas-padrão^(10,15).

Além disso, os efeitos diretos causados no decorrer do tratamento, a neutropenia induzida por quimioterapia tem efeito prejudicial na qualidade de vida dos pacientes. Na prática clínica, para reduzir o risco de infecção, os pacientes neutropênicos são instruídos a seguir orientações rígidas, como evitar multidões, não comer frutas e vegetais crus e monitorar a temperatura regularmente. Febre com neutropenia é considerado uma emergência médica, e aqueles que apresentam tal evento geralmente necessitam de hospitalização e tratamento com antibióticos intravenosos de amplo espectro. Sendo assim, o ambiente hospitalar, a separação dos membros da família e a realização de procedimentos invasivos, bem como o medo da infecção se estabelecer, de ocorrência na falha do tratamento e o sentimento de proximidade com a morte contribuem para redução substancial no bem-estar dos pacientes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

No presente estudo, buscou-se o manejo geral da neutropenia, independente do profissional da saúde que o realizou. Destaca-se que não foi possível identificar a atuação da equipe de enfermagem entre as ações

realizadas, ficando essas centradas na equipe médica. Entretanto, acredita-se que, para prevenir o risco de complicações neutropênicas, envolve-se uma abordagem colaborativa, com a participação ativa e direta da enfermagem, do paciente e dos familiares. Na assistência voltada ao paciente com neutropenia, a enfermagem torna-se fundamental na identificação rápida e eficaz desse e dos demais eventos que possam ocorrer e na garantia da continuidade dos cuidados prestados. Desse modo, compete ao enfermeiro orientar o paciente e seus familiares sobre as consequências da neutropenia, antes do início da quimioterapia, advertindo-os sobre a importância da adesão à dose planejada e cronograma de tratamento, a necessidade de comparecimento às consultas, o monitoramento laboratorial e administração de fator de crescimento, se necessário⁽⁹⁾.

A enfermagem em oncologia, além de proporcionar a segurança do paciente durante todo o processo de tratamento antineoplásico, visa aumentar sua expectativa de vida com qualidade e não somente a cura, mas, sim, assistir o ser humano em sua totalidade. Portanto, o assistir da enfermagem no cotidiano do cuidar deve ser pautado na atuação de qualidade direcionada para o ensino do autocuidado, com o objetivo de resguardar a autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e permitir o reconhecimento e a valorização do profissional, ao estabelecer relação positiva e empática entre quem cuida e quem é cuidado⁽¹⁸⁾.

A necessidade de se estabelecer o cuidado integral eficaz ao paciente oncológico requer grande mobilização de todo o sistema de saúde, desde a capacitação dos profissionais que prestarão assistência direta ao paciente até a infraestrutura do serviço que esse utilizará.

Em estudo que avaliou a gestão do serviço da enfermagem em instituições hospitalares públicas brasileiras, a equipe de enfermagem relata satisfação quanto ao cuidado prestado ao cliente, remetendo-se à qualificação do trabalho, dedicação, humanização no atendimento e na comunicação. Por outro lado, sentem-se desconfortáveis pelo serviço não dispor de instalações adequadas e recursos humanos suficientes para cuidar, bem como número de material de consumo e mobiliário adequados⁽¹⁹⁾.

Em pesquisa realizada em 2008, na mesma instituição do presente estudo, observou-se que, das 72 mulheres com câncer de mama em tratamento neoadjuvante e adjuvante, 153 apresentaram atrasos nos ciclos de quimioterapia no decorrer do tratamento. Vale destacar que 82 desses atrasos foram motivados por alteração nos exames hematológicos e, somente seis, por falta de vaga na central de quimioterapia⁽²⁰⁾.

Com os dados do presente estudo, pode-se observar que o número de atrasos entre os ciclos de quimioterapia por falta de vaga aumentou, pois, dos 277 atrasos registrados entre os ciclos de quimioterapia, 82 ocorreram por falta de vaga na central de quimioterapia. Questiona-se se o serviço está ciente do número de atrasos, pois o apresentado neste artigo se refere somente aos casos de câncer de mama, e se o serviço está preparado para receber o aumento da demanda dos casos de câncer.

Mesmo com todos os avanços realizados na política pública de saúde brasileira, com destaque para a assistência integral aos pacientes oncológicos, pouco tem sido estudado acerca do gerenciamento dos serviços de saúde que atende esse tipo de paciente. O que dificulta a análise da adequação dos prazos para a realização do tratamento, como a quimioterapia. No Manual de Bases Técnicas brasileiro, há determinação de que a quimioterapia adjuvante deve ser iniciada, no máximo, entre 30 e 60 dias do pós-operatório⁽²¹⁾. Entretanto, não há determinação para o tempo de espera para a realização dos demais ciclos de quimioterapia.

As condições atuais de saturação nos serviços públicos de saúde contribui para a privação da cidadania, tanto dos usuários, que se veem submetidos a uma assistência à saúde carente de qualidade, quanto dos trabalhadores de enfermagem, que exercem suas atividades profissionais sob condições precárias de trabalho. Processo esse que torna ambos os segmentos vulneráveis, embora de forma diferenciada⁽²²⁾.

As organizações de saúde, dentre elas as hospitalares, assim como os vários segmentos de profissionais da área da saúde têm investido na busca de novas estratégias de gestão que possibilitem conciliar a redução dos custos, a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e, principalmente, a satisfação dos clientes.

Conclusão

A ocorrência da neutropenia observada no presente estudo está de acordo com os resultados de pesquisas internacionais. Por essa ser caracterizada como um dos EAs mais comuns e graves que podem ocorrer durante a quimioterapia antineoplásica, é uma importante questão a ser investigada durante todo o tratamento.

A enfermagem há décadas tem classificado esse evento como um dos principais eixos de desenvolvimento de pesquisas – a procura de resultados que indiquem melhora na assistência prestada aos pacientes neutropênicos. A partir de tais informações, torna-se possível aos enfermeiros oncológicos desempenhar um papel-chave na melhoria da assistência voltada a esse grupo de pacientes.

Por meio do investimento de novas estratégias de gestão, capazes de alcançar melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da saúde e na organização do sistema público de saúde, será atingido o principal objetivo do atendimento ao paciente oncológico: o oferecimento de uma assistência de qualidade, resguardando sua autonomia, reconhecendo e valorizando o profissional que o assiste, estabelecendo, assim, uma relação empática entre ambos.

Referências

- Gozzo TO, Nascimento TG, Panobianco MS, Almeida AM. Ocorrência de neutropenia em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(6):810-4.
- Ramaswamy B, Povoski SP, Rhoades C, Allen J, Hauger M, Young D, et al. Phase II trial of neoadjuvant chemotherapy with docetaxel followed by epirubicin in stage II/III breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2005;93(1):67-74
- Hirano A, Shimizu T, Imamura H, Watanabe O, Kinoshita J, Okabe T, et al. The combination of epirubicin plus docetaxel as neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. *Anticancer Res.* 2006; 26(1B): 581-4.
- Lyman GH, Lyman CH, Agboola O. Risk models for predicting chemotherapy-induced neutropenia. *Oncologist.* 2005;10(6):427-37.
- Schwenkglenks M, Jackisch C, Constenla M, Kerger JN, Paridaens R, Auerbach L, et al. Neutropenic event risk and impaired chemotherapy delivery in six European audits of breast cancer treatment. *Support Care Cancer.* 2006;14(9):901-9.
- Kim WY, Woo SU, Seo JH, Son GS, Lee JB, Bae JW. Toxicities, dose reduction and delay of docetaxel and paclitaxel chemotherapy in breast cancer without distant metastases. *J Cancer Res Ther.* 2011;7(4):412-5.
- Leonard RC, Miles D, Thomas R, Nussey F; UK Breast Cancer Neutropenia Audit Group. Impact of neutropenia on delivering planned adjuvant chemotherapy: UK audit of primary breast cancer patients. *Br J Cancer.* 2003;89(11):2062-8.
- Dolan S, Crombez P, Munoz M. Neutropenia management with granulocyte colony-stimulating factors: from guidelines to nursing practice protocols. *Eur J Oncol Nurs.* 2005;9 Suppl 1:S14-23.
- Koutras AK, Kalofonos HP Myelotoxicity in cancer patients treated with chemotherapy: negative or positive prognostic factor? *Clin Cancer Res.* 2008;14(22):7579.
- Lyman GH, Dale DC, Crawford J. Incidence and predictors of low dose-intensity in adjuvant breast cancer chemotherapy: a nationwide study of community practices. *J Clin Oncol.* 2003;15;21(24):4524-31.
- Espinosa E, Morales S, Borrega P, Casas A, Madroñal C, Machengs I, et al. Docetaxel and high-dose epirubicin as neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2004; 54(6):546-52.
- Amat S, Bougnoux P, Penault-Llorca F, Fétissou F, Curé H, Kwiatkowski F, et al. Neoadjuvant docetaxel for operable breast cancer induces a high pathological response and breast-conservation rate. *Br J Cancer.* 2003; 88(9):1339-45.
- Debled M, Houédé N, Madranges N, Donamaria C, Floquet A, Durand M, Mauriac L. Does chemotherapy-induced neutropenia result in a postponement of adjuvant or neoadjuvant regimens in breast cancer patients? Results of a retrospective analysis. *Br J Cancer.* 2007;97(12):1642-7.
- Schwenkglenks M, Pettengell R, Jackisch C, Paridaens R, Constenla M, Bosly A, et al. Risk factors for chemotherapy-induced neutropenia occurrence in breast cancer patients: data from the INC-EU Prospective Observational European Neutropenia Study. *Support Care Cancer.* 2011;19(4):483-90.
- Koutras AK, Fountzilias G, Dafni U, Dimopoulos MA, Pectasides D, Klouvas G, et al. Myelotoxicity as a prognostic factor in patients with advanced breast cancer treated with chemotherapy: a pooled analysis of two randomised trials conducted by the Hellenic Cooperative Oncology Group. *Anticancer Res.* 2008; 28(5B):2913-20.
- Lyman GH, Kuderer NM Filgrastim in patients with neutropenia: potential effects on quality of life. *Drugs.* 2002;62 Suppl 1:65-78.
- Padilla G, Ropka ME. Quality of life and chemotherapy-induced neutropenia. *Cancer Nurs.* 2005; 28(3):167-71.
- Menezes MFB, Camargo TC, Guedes MTS, Alcantra LFFL. Cancer, poverty and human development: challenges for nursing care in oncology. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(spe):780-5.
- Barreto SS, Pereira MN, Santos JA, Neves EP. (Des) conforto de trabalhadores de enfermagem: uma questão de (in)justiça social. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(6):615-8.
- Gozzo TO. Toxicidade ao tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. [Internet]. Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/

SUS – sistema de informações ambulatoriais. 2010 [acesso 12 jan 2013]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual3_drac.pdf

22. Bellato R, Pereira WR. O gerenciamento em enfermagem frente à pauperização das condições materiais de trabalho. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):479-8.

Recebido: 23.5.2013
Aceito: 19.11.2013