

ESTUDO DA DOR EM PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER GINECOLÓGICO, SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

THE STUDY OF PAIN IN PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL CANCER, WHO UNDERWENT ANTINEOPLASIC CHEMOTHERAPY

ESTUDIO DEL DOLOR EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER GINECOLÓGICO SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Ângelo Braga Mendonça¹
Quenia Cristina Gonçalves,¹
Sueli Riul da Silva²

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, prospectivo objetivando avaliar sistematicamente a dor que pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica sentem. Foram acompanhadas 24 pacientes, obtendo-se o parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Dentre os resultados encontrados destaca-se que de 17 das 24 pacientes acompanhadas que referiram dor prévia ao tratamento, 14 referiram que a dor melhorou; 13 referiram o aparecimento de outra dor ao longo do tratamento. A associação das informações obtidas a respeito da dor com o "status" das pacientes mostra que, apesar da ocorrência de dor, o estado geral das pacientes manteve-se.

Palavras-chave: Neoplasias dos Genitais Femininos; Quimioterapia; Dor; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT:

This is a descriptive, exploratory, prospective study, to systematically evaluate the pain felt by patients subjected to anti-neoplastic chemotherapy. Twenty-four patients were followed, with the approval of the Institution's Ethics Committee. Results showed that 17 out of the 24 patients monitored who mentioned pain before treatment, 14 said the pain improved; 13 felt another pain during the treatment. Associating the information obtained about pain with the "status" of the patients shows that despite the pain, the general state of the patients remained unaltered.

Key words: Genital Neoplasms, Female; Chemotherapy; Pain; Nursing Care.

RESUMEN:

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y prospectivo con miras a analizar sistematicamente el dolor de pacientes sometidas a quimioterapia antineoplásica. Se efectuó un seguimiento en 24 pacientes, con parecer positivo del Comité de Ética en Investigación de dicha institución. Los resultados indican que de 17 de las 24 pacientes con seguimiento, 17 mencionaron dolor antes del tratamiento, 14 manifestaron que el dolor mejoró; 13 que surgió otro dolor a lo largo del tratamiento. Las informaciones obtenidas sobre el dolor asociadas al estado de las pacientes indican que, a pesar del dolor, se mantuvo el estado general de las pacientes.

Palabras clave: Neoplasmas de los Genitales Femeninos; Quimioterapia; Dolor; Atención de Enfermería.

¹ Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da FMTM.

² Docente responsável pela Disciplina Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia/DEAH/CGE/FMTM- orientadora.

Endereço: R: Donald Silvestre Cicci, 665 – Bairro Manoel Mendes – Uberaba-MG - CEP: 38082-166 Fone: 0(34)3313-2054

e-mail: enf@prodepe.fmtm.br

INTRODUÇÃO

Este estudo versa sobre a atuação do enfermeiro na avaliação e no controle da dor em pacientes com câncer ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica. Tendo em vista seu difícil controle, a dor se constitui num grande desafio a enfermeiros que trabalham em terapêutica oncológica.

Tem-se que o tratamento quimioterápico é extremamente agressivo, acarretando grande toxicidade às pacientes que necessitam submeter-se a ele. Dentre os efeitos advindos da quimioterapia, a dor é um dos sintomas que muito compromete o sucesso e a adesão das pacientes ao tratamento, constituindo-se numa grande limitação à terapêutica adotada.

Entendemos que a falta de uma avaliação sistematizada da dor pelo enfermeiro, tenha contribuído para um inadequado alívio, resultando num controle superficial e, às vezes, ineficaz. Atualmente, a meta de meramente reduzir a dor a níveis toleráveis é inaceitável. Com todos os recursos disponíveis em analgesia, já não se permite a idéia de um controle parcial da dor, deixando que as pacientes experimentem sofrimento desnecessário.

A mensuração da dor, bem como a avaliação de seus aspectos qualitativos, antes e após a aplicação de quimioterápicos, constitui uma forma útil de monitoramento do quadro algico relativo ao tratamento antineoplásico.

É útil ao enfermeiro uma descrição precisa e detalhada da dor da paciente. Portanto deve-se incentiva-la a relatar o seu desconforto para que se possa ter parâmetros para novas condutas e intervenções de enfermagem analisando, assim, a evolução do quadro algico.

Em todo o mundo mais de quatro milhões de pessoas morrem anualmente devido ao câncer. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas perfazem 10% de todas as mortes, e nos países ricos correspondem a 20% dos óbitos. Aproximadamente 9 milhões padecem de dor oncológica significativa e perdem dias, semanas, meses e anos de suas vidas em conseqüência de desconforto, sofrimento e incapacidades gerados por ela.⁽¹⁾

Estudos isolados revelam que 58% a 80% dos doentes adultos hospitalizados com câncer sofrem de dor. Dores moderadas a severas estão presentes em 30% a 45% no momento do diagnóstico, em 30 a 40% nos estágios intermediários, e finalmente em aproximadamente 87% nas fases avançadas.⁽¹⁾

A dor relativa aos tumores ginecológicos ocorre em 11% dos casos no ovário e em 56% no colo do útero em todas as fases de sua evolução. Na fase avançada estima-se que se manifeste em 74% dos casos de neoplasias da mama, 75% do ovário e 71% do colo do útero.⁽²⁾

Através da utilização de roteiros de avaliação será possível elaborar um plano de cuidados no manejo da dor, verificar a eficácia das intervenções de enfermagem, avaliar o impacto na qualidade de vida das pacientes e a incapacidade física ante a dor aguda e crônica.

O planejamento da assistência terá como meta principal promover o máximo de conforto possível, minimizando as intercorrências geradas pelo quadro algico

e então teremos uma melhora substancial na qualidade de vida dos pacientes.

Este estudo objetiva propor uma avaliação sistematizada da dor pelo enfermeiro de modo a permitir uma assistência de enfermagem individualizada, humanizada e integral às pacientes oncológicas, já que este é o profissional que passa mais tempo junto ao paciente. Percebemos que através de uma análise criteriosa das síndromes dolorosas, é possível estabelecer um diagnóstico etiológico da dor com maior precisão e, com isso, poderemos obter uma maior eficácia nas intervenções de enfermagem.

METODOLOGIA

Para desenvolvimento do presente trabalho e alcance dos objetivos propostos, realizou-se um estudo descritivo exploratório prospectivo, acompanhando-se pacientes portadoras de câncer ginecológico, submetidas a quimioterapia antineoplásica na enfermaria de ginecologia e obstetrícia do Hospital Escola (E. G. O.-H. E.) da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro-FMTM, num total de 24 mulheres.

A fim de avaliar a presença e o tipo da dor que a paciente sente, foi aplicado um roteiro de avaliação do tipo escala numérica e, paralelamente um do tipo escala simples de descrição, contendo informações a respeito da dor, a todas as pacientes submetidas ao tratamento em questão, antes do primeiro ciclo do protocolo quimioterápico proposto, no período de agosto de 2002 a fevereiro de 2003. Foram utilizadas duas escalas em paralelo, posto que algumas pacientes poderiam apresentar dificuldade em quantificar numericamente sua dor. Os descritores da escala simples de descrição foram posteriormente traduzidos em números para que se pudessem somar os dados encontrados.

Os instrumentos utilizados foram elaborados com base no roteiro de MCGILL⁽¹⁾, consagrado internacionalmente para utilização em mensuração de dor.

Um segundo passo foi a reaplicação do mesmo roteiro às pacientes, após o terceiro ciclo do tratamento.

De posse dessas informações foi possível avaliar a presença e intensidade da dor em pacientes do grupo em estudo e, ainda, associar essa incidência ao uso das drogas que compõem o protocolo quimioterápico utilizado para cada paciente e ao estado geral da mesma.

Para alcance desse último objetivo, os dados obtidos pela aplicação do roteiro proposto foram associados a dados obtidos de um segundo instrumento, já aplicado rotineiramente ao mesmo grupo, que permite a avaliação do estado geral de pacientes submetidas a quimioterapia antineoplásica, durante o tratamento. Trata-se da escala de KARNOFSKY⁽¹⁾, de amplo uso em oncologia.

Foram envolvidas no grupo de estudo, todas as pacientes que iniciaram o tratamento no período estabelecido, não havendo critérios de exclusão, uma vez que freqüentemente as mesmas iniciam o tratamento em questão em condições de responder ao roteiro proposto e, ainda, parte-se do pressuposto que essas pacientes são mulheres adultas em uso de suas capacidades.

Exceção feita àquela que, livremente se negasse a participar do estudo, já que foi solicitado seu consentimento esclarecido.

As informações obtidas através deste estudo, subsidiarão a elaboração de planos de cuidados de enfermagem mais eficazes, no que diz respeito à melhora da qualidade de vida das pacientes submetidas a quimioterapia em ginecologia.

O parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da FMTM para desenvolvimento do presente estudo encontra-se no Anexo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que a dor referida pelas pacientes fosse mais bem associada ao uso de antineoplásicos, foi realizado um levantamento de todas as possíveis causas de dor pós-quimioterapia, buscando-se todos os efeitos colaterais que levassem a ocorrência de dor nas pacientes, relacionando os mesmos às drogas mais envolvidas com sua manifestação.

Durante a avaliação de dor nas pacientes, algumas não referiram ter sentido dor na aplicação do terceiro ciclo de quimioterapia, entretanto, quando indagadas a respeito da presença de dor secundária a mucosite, flebite e diarreia, relataram tê-la apresentado, demonstrando assim a importância de se avaliarem síndromes dolorosas e efeitos colaterais responsáveis pela sua ocorrência de forma sistematizada, tendo em vista os protocolos quimioterápicos utilizados e as toxicidades ocasionadas pelos mesmos.

O perfil das 24 pacientes submetidas à quimioterapia antineoplásica no período do estudo, mostra que prevaleceu a faixa etária de 50-59 anos com sete entrevistadas, seguida da faixa etária de 40-49 anos com cinco pacientes.

O câncer é uma doença crônico-degenerativa e, como tal, possui uma evolução prolongada e progressiva e que envolve inúmeros fatores de risco, por isso predominante na idade adulta.⁽¹⁾

Quanto ao grau de escolaridade, verificamos que 16 pacientes possuem o 1º grau incompleto. Isso mostra uma eventual dificuldade no entendimento do instrumento de coleta de dados, o qual foi explicado utilizando-se termos adequados à necessidade de cada paciente.

Observamos que 70,8% das pacientes residem na cidade de Uberaba-MG. Isso vem confirmar que a cidade possui recursos necessários ao tratamento oncológico, não precisando, portanto, as pacientes procurar outros centros de saúde, o que evidencia o fato de esse Município ser pólo de atenção médica e referência terciária da região.

A respeito do diagnóstico, temos que 14 pacientes apresentaram diagnóstico oncológico de carcinoma ductal invasivo de mama. Essa informação coincide com os dados epidemiológicos do câncer que apontam para a maior incidência do câncer de mama nas regiões Sul e Sudeste.⁽¹⁾ Temos, ainda, que esse tipo de câncer, é a neoplasia maligna mais comum nas brasileiras, principalmente após os 40 anos de idade, mas inexplicavelmente, observa-se um aumento de sua incidência em mulheres mais jovens.⁽³⁾

Em contrapartida, o câncer de colo uterino, apresentou uma incidência de quatro pacientes, isso nos mostra a repercussão das medidas preventivas de combate ao câncer que vêm sendo implantadas desde a década de 70. As seis pacientes restantes foram diagnosticadas como portadoras de carcinoma de ovário, endométrio e mola hidatiforme.

De posse dos dados, vemos que 50% das pacientes foram submetidas a quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Isso vem ao encontro do conceito de que os melhores resultados na terapêutica do câncer estão no uso integrado dessas diversas modalidades de terapias.⁽³⁾

A quimioterapia antineoplásica (uma modalidade de tratamento sistêmico da doença) têm se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer.⁽³⁾

O tratamento adjuvante do câncer de mama frequentemente envolve o uso de radioterapia (RT) e quimioterapia (QT), sendo que a seqüência ideal dessa combinação não foi estabelecida. O uso concomitante de QT e RT pode ser útil por não atrasar nenhum dos dois tratamentos, já que o retardo do início da QT pode provocar um mau impacto no controle sistêmico, da mesma forma que o retardo da RT pode diminuir a taxa de controle local.⁽⁴⁾ A radioterapia é um tratamento abrangente, visto que 70% de tumores malignos terão, no seu curso de evolução, indicação de irradiação.⁽¹⁾

O tratamento cirúrgico é um tratamento radical, que consiste na retirada do tumor primário, e, quando indicado, retiram-se linfonodos das cadeias de drenagem linfática próxima ao órgão do tumor primário.⁽¹⁾ É a principal modalidade terapêutica para controle locorregional do câncer, prevenindo sua disseminação.⁽³⁾

Quanto ao tipo de protocolo quimioterápico utilizado, temos que 11 pacientes usaram EC (epirrubicina e ciclofosfamida), e que a epirrubicina tem ação vesicante e pode desencadear efeitos hematológicos, gastrintestinais, cardiocirculatórios, cutâneos, entre outros. Por sua vez a ciclofosfamida não possui ação vesicante, porém pode desenvolver todos os efeitos citados anteriormente, acrescidos de efeitos colaterais geniturinários.⁽⁵⁾

Ao questionar sobre dor prévia à quimioterapia, obtivemos que 70,8% das pacientes acompanhadas a referiram. Estudos mostram que a dor relacionada ao câncer acomete cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença e cerca de 70% dos doentes com câncer avançado.⁽⁶⁾

Ainda temos que 16 das 24 pacientes não sentiam dor ao serem entrevistadas, o que mostra que a dor não interferiu na coleta de dados, pois a dor vista como inútil e desumanizante,⁽⁷⁾ poderia deixar o doente num quadro estressante e incapacitado.

As regiões mais referidas para dor, foram a região do baixo ventre e a mamária (oito pacientes apontaram cada uma dessas regiões). Podemos associar esse dado com o diagnóstico oncológico, prevalecendo o câncer de mama com 58,2% de casos e o câncer de colo uterino com 16,7% de casos. Embora o câncer de mama tenha tido maior incidência que o de colo uterino no grupo em es-

tudo, a referência à dor teve a mesma incidência. Isso confirma que a região pelviperineal é intensamente atingida pela dor em casos de câncer ginecológico.

Ainda devemos considerar que a referência a mais de um local para dor, pode estar relacionada a neoplasias em estágio avançado e à ocorrência de metástases. Sendo assim, a dor não se restringe a apenas um local.⁽⁶⁾

Das 17 pacientes que referiram dor, a maior parte (52,9%) apresentou dor de intensidade moderada. Esse resultado coincide com aqueles apresentados no estudo realizado por Cleeland (1994) no qual observa-se que 62% dos doentes com câncer metastático referem dor de intensidade igual ou superior a 5, numa escala de 0 a 10.⁽⁶⁾

Observamos que entre as 17 pacientes que referiram dor, sete referiram usar analgésicos para alívio da dor, seguidas de cinco que utilizaram o repouso.

Durante as entrevistas, muitas pacientes citaram o nome comercial do analgésico utilizado (AnadorR, VoltaremR). Observamos que eram analgésicos antiinflamatórios não-hormonais e não opiáceos, que são de fácil aquisição, vendidos sem prescrição médica e de uso comum pelo consumidor. Isso leva-nos a pensar que os medicamentos poderiam estar sendo utilizados de forma inadequada e que provavelmente as pacientes não deveriam ter conhecimento de seus efeitos colaterais.⁽⁶⁾

Ainda sobre a questão de referência da dor, temos que oito das 17 pacientes relataram que a dor desaparece, após o uso de alguma medida analgésica.

Das 17 pacientes, seis referiram que a realização de algum tipo de esforço físico era causa de piora da dor. Considerando a literatura pesquisada na elaboração do presente estudo, encontramos coincidência com as informações dos autores que afirmam que a dor mecânica, relacionada aos movimentos, pode ser provocada por fatores patológicos ou metástases justarticulares. Os pacientes com essas dores referirão dores intensas e incapacitantes, bem localizadas e que se manifestam, ou pioram com os movimentos. Esta dor comumente é confundida com a incidental, de aparecimento abrupto. É de importância mencionar que este tipo de dor responde pouco ou nada aos morfínicos.⁽⁷⁾

Das 24 pacientes em estudo, 25% relataram piora da dor. Todos os fatores que aliviam ou que agravam a condição dolorosa, o uso prévio de medicamentos e de outras intervenções analgésicas devem ser exaustivamente avaliados. É importante também verificar a interferência de fatores psicológicos na expressão da dor.⁽⁸⁾

No 3º ciclo de QT, ao serem questionados sobre a dor, 14 (82,3%) pacientes relataram que sua dor melhorou após dois ciclos de quimioterapia. No tratamento quimioterápico, observa-se que em 20% dos pacientes há redução completa do quadro algico, e em 80% pode haver melhora da dor.⁽⁸⁾

Com relação à variação na intensidade da dor, 12, das 14 pacientes, disseram que a dor relatada no 1º ciclo evoluiu para "sem dor" no 3º ciclo de quimioterapia. Duas destas pacientes referiram melhora da dor para "pouca dor". Observamos que uma das 17 pacientes relatou que sua dor piorou após concluir dois ciclos de quimioterapia.

Essa paciente informou que a dor intensificou-se de "moderada" para "forte e informou ainda que tinha diagnóstico de artrose no joelho (SIC), anteriormente à quimioterapia, e que esta se agravou com o tratamento.

Verificamos que 13 pacientes relataram o aparecimento de outra dor pós-quimioterapia. Este dado se refere à dor que até então não havia sido percebida ou relatada e que emergiu no acompanhamento às pacientes. De acordo com a literatura consultada para elaboração do presente estudo, a agressividade do tratamento em questão pode ser responsável pelo aparecimento desse sintoma.⁽⁴⁾

Com relação a dor mamária, no baixo ventre, lombar e cefaléia, referidas pelas pacientes, não foi encontrada na literatura alusão ao fato. A literatura aponta como causas freqüentes de dor pós-quimioterapia a hepatotoxicidade, constipação e diarreia, quase sempre acompanhadas de dores abdominais intensas, flebite e outras alterações no trajeto venoso mais tecidos circunjacentes, ocasionadas pela toxicidade dermatológica.⁽⁷⁾

Das 24 pacientes entrevistadas, sete relataram dor no local de punção e trajeto venoso devido a flebite, efeito colateral este que na maior parte das vezes somava-se a hiperpigmentação, sensibilidade aumentada no membro afetado, alteração nas unhas, descoloração venosa, eritema e edema local, áreas de endureção, apresentando reações inflamatórias que variaram de moderada a severa neste estudo, estenose e fibrose no local de punção e ao longo da veia utilizada para aplicação das drogas.

Durante o estudo, em nenhuma das pacientes ocorreu extravasamento de quimioterápicos e dor relacionada a infusão de quimioterápicos, não havendo queixas durante o momento de aplicação das drogas. Esse é um dado que reflete a qualidade na prestação do cuidado de enfermagem ao paciente.

Flebite local, que é a manifestação do vaso punccionado para administração de quimioterapia devido ao caráter cáustico das drogas utilizadas, esteve presente em quatro dos casos, coincidentemente aqueles casos nos quais foram administradas as drogas adriamicina e epirrubicina, sabidamente vesicantes. Outros estudos relatam que dor local foi referida em 20% dos casos, sendo que 90% dos pacientes que a relataram foram aqueles que apresentaram flebite, e apenas um descreveu dor no local de punção sem contudo apresentar sinais de inflamação.⁽⁹⁾

A intensidade da dor referida, variou de pouca dor a dor moderada, sendo que algumas pacientes a descreviam como dor "ardida", em "ferroada", que se agravava à movimentação e melhorava com o uso de compressa quente. Reações locais são mais acentuadas quando a droga está gelada, está excessivamente concentrada, a aplicação é rápida, o vaso é fino e frágil e já foi utilizada outras vezes.⁽⁵⁾

Durante as entrevistas, das quatro pacientes que apresentaram mucosite, uma foi avaliada com grau de disfunção severa, com acometimento das mucosas oral e esofágica. Esta paciente se encontrava em mau estado geral, com índice de Karnofsky de 30% (severamente incapaz, está indicada a hospitalização, porém a morte não é iminente). Apresentou déficit nutricional no período de

hospitalização, com ingesta alimentar comprometida em razão de náuseas, vômitos e dor secundária à estomatite e esofagite sendo indicado o uso de sonda naso-enteral.

Dentro do grupo, duas outras pacientes apresentaram grau moderado de mucosite e uma grau leve. Todas relataram dor à mastigação, deglutição e dificuldades de se alimentar. Entre outras queixas, estiveram presentes "língua grossa, diminuição de saliva, ressecamento e aftas doloridas que apareciam dentro e fora da boca". A intensidade da dor ocasionada pela mucosite variou de pouca dor à dor moderada.

Dentre as 13 pacientes que tiveram dor pós-quimioterapia, uma relatou aparecimento de dor nas pernas e outra referiu dor no tornozelo, sendo que ambas as pacientes atribuíram o surgimento da dor à quimioterapia utilizada. Contudo, um dos efeitos adversos do uso de corticóides, freqüentemente aplicados nestas pacientes é a miopatia proximal, especialmente nas pernas, e pseudoreumatismo, síndrome algica que afeta músculos e articulações, associada a redução rápida ou lenta de corticóides, após períodos longos ou curtos de tratamento.⁽¹⁰⁾

A miopatia ocorre mais frequentemente com o uso de dexametasona, droga de escolha no serviço em questão, betametasona e triamcinolona.⁽¹⁰⁾ Queimação, ardor e prurido nas áreas vulvar e perineal ocorreram com freqüência nas pacientes durante a infusão de dexametasona.^(4,10)

A paciente que referiu dor na região do tornozelo apresentou edema na articulação, relatando seu aparecimento 10 dias após a aplicação do 2º ciclo de quimioterapia, de pouca intensidade. Utilizou PEB (cisplatina, etoposide, bleomicina) como protocolo, sendo que a droga cisplatina também pode estar relacionada ao desconforto de articulações. Entre as manifestações neurológicas relacionadas ao uso de cisplatina estão: formigamento e dormência de extremidades, parestesia especialmente das mãos e pés, mialgias e perda dos reflexos profundos e outras.⁽⁵⁾

A paciente entrevistada que relatou dor nas pernas, utilizou EC como protocolo, drogas não envolvidas com a ocorrência de mialgia e artralgia, portanto, a dor referida pode estar relacionada ao uso da dexametasona, descrita anteriormente.

Entre as 24 entrevistas realizadas, em uma paciente foi detectada dor abdominal decorrente de diarreia, de forte intensidade. A diarreia e a constipação decorrentes da quimioterapia quase sempre são acompanhadas de dores abdominais intensas. O epitélio intestinal também é formado de células de rápida proliferação, portanto vulneráveis a ação dos antineoplásicos. Em razão dessa vulnerabilidade ocorre uma descamação da mucosa, sem reposição adequada, levando à irritação e alterações funcionais que ocasionam diarreia e cólicas abdominais.⁽⁴⁾

A referida paciente fez uso das drogas mencionadas no protocolo FAC (fluorouracil, adriamicina e ciclofosfamida), sendo o fluorouracil um dos quimioterápicos mais relacionados com a ocorrência deste efeito.

Para sete das 13 pacientes que referiram dor pós-quimioterapia, esta foi referida como moderada.

A associação entre dor e estado geral das pacientes, mostra que 18 (75,0%) pacientes estudadas tiveram seu estado geral mantido segundo Índice de Karnofsky. Dessas, dez pacientes fizeram referência ao aparecimento de pelo menos um tipo de dor durante o tratamento quimioterápico. As pacientes que fizeram a referência eram portadoras de câncer de mama (8 pacientes), câncer de ovário (uma paciente) e câncer do colo do útero (uma paciente).

As oito pacientes portadoras de câncer de mama e a paciente portadora de câncer de ovário que referiram dor após a quimioterapia fizeram uso de antracíclicos (E, A); a paciente portadora de câncer do colo do útero fez uso de cisplatina. Conforme dito anteriormente, estas drogas são apontadas na literatura como aquelas que possuem efeitos colaterais intensos, inclusive grande potencial algico.

Contudo, apesar da referência a dor, não houve decréscimo significativo na qualidade de vida das mesmas. Pode-se inferir que não houve relação entre aparecimento de dor, qualidade de vida e idade das pacientes. Nosso estudo mostra que cinco pacientes (20,8% das 24 pacientes acompanhadas no estudo), melhoraram a performance de seu estado geral, segundo Índice de Karnofsky, apesar de quatro delas terem feito referência a dor, durante o tratamento quimioterápico, e que esta melhora também não esteve relacionada a idade das pacientes.

Uma das 24 pacientes acompanhadas apresentou piora do estado geral durante o tratamento quimioterápico, tendo feito ainda referência a dores intensas. A paciente em questão, portadora de câncer de ovário, fez uso do protocolo PAC (cisplatina, adriamicina, ciclofosfamida), que impõe antracíclicos e cisplatina, drogas apresentadas como tendo alto potencial tóxico. Coincidentemente esta era uma das pacientes mais jovens (25 anos) acompanhadas no estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento do presente estudo, tendo em consideração os resultados encontrados e a literatura sobre o assunto, podemos concluir para o grupo acompanhado que a incidência de dor entre as pacientes foi alta; a intensidade da dor foi moderada, segundo referência para a maior parte das pacientes; as causas de piora da dor foram várias, entretanto destacam-se os esforços físicos e a movimentação; a quimioterapia melhorou sobremaneira a dor oncológica nas pacientes.

Houve o aparecimento de outros tipos de dor nas pacientes após a aplicação de três ciclos de quimioterapia, sendo a maioria relacionada aos efeitos colaterais dos antineoplásicos. Entre as causas, foram freqüentes flebite e mucosite, e apenas uma paciente relatou dor abdominal decorrente da diarreia, efeito secundário dos quimioterápicos. A cefaléia algumas vezes apresentada por determinadas pacientes pode ter inúmeras causas; entretanto não se deve inferir que esteja diretamente ligada ao tratamento. Finalmente pode-se afirmar que para o gru-

po das pacientes estudadas a quimioterapia provocou a ocorrência de dor. A intensidade da dor relativa a quimioterapia utilizada variou de pouca dor a dor forte, com predominância de dor moderada.

Apesar da referência ao aparecimento de dor pós-quimioterapia, o estado geral das pacientes manteve-se inalterado, e em alguns casos melhorou; uma paciente apresentou piora significativa de estado geral, tendo feito referência a dores intensas pós-quimioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

2- Andrade Filho ACC, editor. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2001.

3- Santos ANS, Silva FL, Vila VSC. O significado da mastectomia radical modificada: "só quem faz é que sabe". Rev Nursing 2003 jun.; 61 (6): 145-51.

4- Faria SL. Quimioterapia concomitante à radioterapia no tratamento adjuvante do câncer da mama localizado. Rev Bras Cancerol 2001; 47 (2): 153-8.

5- Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.

6- Teixeira MJ, Pimenta CAM, Koizumi MS. Dor no doente com câncer: características e controle. [Citado em: 07/05/03]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2.html.

7- Bond MR. Dor: natureza, análise e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Colina; s.d.

8- Teixeira MJ. Dor oncológica: tendências atuais no tratamento. In: Teixeira MJ. Conceitos atuais no tratamento da dor crônica. Bal Harbour: Programa Científico de Líderes de Opinião; 2000.

9- Riul da Silva S, Aguillar OM. Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica. Rio de Janeiro: EPU; 2001.

10- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos – controle de sintomas. Rev Bras Cancerol 2002; 48 (2): 191-211.