

# Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico\*

## *Pain in cancer patients under chemotherapy*

Aline Isabella Saraiva Costa<sup>1</sup>, Marcelo Donizetti Chaves<sup>2</sup>

\* Recebido da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA.

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de bacharelado em Enfermagem. Imperatriz, MA.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O câncer em estágio avançado geralmente causa dor cuja intensidade varia com a sua localização, o grau de evolução e o tipo de tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar a dor em pacientes oncológicos que estão ou estiveram em tratamento quimioterápico em hospital no município de Imperatriz-MA.

**MÉTODO:** Os dados foram coletados a partir de questionários contendo identificação, doenças pré-existentes, manifestações clínicas, a escala numérica de avaliação da dor e o questionário McGill.

**RESULTADOS:** Observou-se que o câncer de mama (50%) e o câncer de pulmão (38,8%) foram respectivamente os mais prevalentes no gênero feminino e masculino. A dor foi relatada por 58,6% dos pacientes no momento da entrevista ou na semana da mesma, sendo os locais mais relacionados: membros superiores e inferiores (18,5%) e tórax (11,1%). A intensidade média da dor avaliada pela escala numérica foi  $6,7 \pm 1,83$ , o que pode ser caracterizada dor de moderada intensidade e pelo questionário McGill, foi caracterizada como sensorial.

**CONCLUSÃO:** A dor de moderada intensidade e de caráter sensorial estava presente na maioria dos pacientes oncológicos levando-os a perda de energia para executar atividades diárias.

**Descritores:** Câncer, Dor, Enfermagem, Medição da dor.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Advanced cancer usually causes pain, the intensity of which depends on site, level of evolution and type of treatment. This study aimed at evaluating pain in cancer patients who are or have been treated with chemotherapy in a hospital from the city of Imperatriz/MA.

**METHOD:** Data were collected through questionnaires with identification, pre-existing diseases, clinical manifestations, numerical pain evaluation scale and McGill questionnaire.

**RESULTS:** It has been observed that breast cancer (50%) and lung cancer (38.8%) were the most prevalent, respectively, among females and males. Pain was reported by 58.6% of patients during the interview or during the interview's week and most frequently reported sites were upper and lower limbs (18.5%) and chest (11.1%). Mean pain intensity evaluated by the numerical scale was  $6.7 \pm 1.83$ , which may be considered moderate pain and sensory pain by McGill questionnaire.

**CONCLUSION:** Moderate and sensory pain was present in most cancer patients and has led to loss of energy to perform daily activities.

**Keywords:** Cancer, Nursing team, Pain, Pain measurement.

### INTRODUÇÃO

O câncer em estágio avançado geralmente causa dor, sendo definida segundo a *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão<sup>1</sup>.

O controle da dor oncológica pode ser realizado por meio de fármacos como anti-inflamatórios, opioides, antidepressivos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, corticoides, betabloqueadores, vasoconstritores dentre outros. Mesmo com a utilização dos fármacos e terapias complementares, nem sempre há sucesso na supressão da dor. Esta é o produto final de um processo complexo que pode

1. Enfermeira Especialista em Oncologia pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão. Imperatriz, MA, Brasil.  
2. Professor Adjunto II da Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (CCSST). Imperatriz, MA, Brasil.

Endereço para correspondência:

Aline Isabella Saraiva Costa

Rua Senador Millet, 446, Bloco H/203 – Três Poderes  
65903-200 Imperatriz, MA.

E-mail: aline.sa.costa@hotmail.com

envolver aspecto emocional, componentes espirituais, cognitivos e sensoriais. Dor do câncer tem características de dor aguda e crônica. Como dor aguda, a dor de câncer está diretamente associada com lesão tecidual. Quando a dor do câncer persiste ou agrava, ela pode servir como sinal da progressão da doença e criar a sensação de desesperança porque os pacientes temem que não vale à pena continuar desse jeito, ou pacientes perdem o sentido da vida se dêem viver em dor<sup>2</sup>, sendo necessário maior aprofundamento sobre o tratamento da dor oncológica.

Sendo assim, o objetivo foi avaliar a intensidade da dor do paciente oncológico por meio de escalas padronizadas e validadas para a língua portuguesa.

## MÉTODO

Após aprovação do Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Parecer 061/11), realizou-se este estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal na Unidade de Oncologia do Hospital São Rafael, no município de Imperatriz/MA, no período de fevereiro a abril de 2011. Foram entrevistados por amostra de conveniência 75 pacientes, sendo excluídos os que nunca foram submetidos à quimioterapia e os menores de 18 anos de idade.

Os dados foram coletados a partir de questionários contendo identificação, doenças pré-existentes, manifestações clínicas, a escala numérica de avaliação da dor e o questionário McGill, com padrão internacionalmente reconhecido e adaptado para o uso da língua portuguesa. O questionário McGill é um instrumento que fornece medidas quantitativas e permite comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor. Compreende quatro categoriais que estão divididas em 20 subcategorias que descrevem diferentes qualidades da dor. O sujeito entrevistado pode escolher a palavra que melhor retrata a sua dor ou nenhuma da subcategoria<sup>3</sup>. Das categorias 10 pertencem à sensorial (temporal, espacial, pressão em um ponto, incisão, compressão, tração, calor, vivacidade, surdez e sensorial geral); 5 a afetiva (cansaço, autônoma, medo, punição e desprazer); 1, subjetiva e 4 mistas (dor/movimento, sensorial, frio e emocional). Cada uma dessas categorias contém entre 2 e 6 palavras que estão em ordem crescente de intensidade. A palavra que representa a pontuação mais baixa de intensidade da dor é 1 e assim por diante<sup>4</sup>.

Na escala numérica de avaliação da dor os pacientes estimam a sua dor numa escala de zero a 10, com zero representando “nenhuma dor” e 5, “dor moderada” ou 10 indicando “a pior dor imaginável”<sup>5</sup>.

Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa “Statistic for Windows” versão 7.

## RESULTADOS

Dos 75 pacientes entrevistados, 74,7% pertenciam ao sexo feminino e 25,3% ao masculino. A média de idade do grupo foi de  $54,98 \pm 15,88$  anos, sendo  $54,64 \pm 14,95$  anos para as mulheres e  $56 \pm 18,78$  anos para os homens, sendo 62,6% brancos, 28,0% pardos e 9,4% negros. A renda familiar predominante era na faixa de 1 salário mínimo (36%) e 2 salários (26,6%). Quanto ao grau de instrução 53,3% tinham apenas o ensino fundamental, 22,6% ensino médio e apenas 4% nível superior.

Nas mulheres o câncer primário predominante foi o de mama (50%) seguido de intestino e ovário (12,5% cada). Nos homens, houve predomínio para o câncer de pulmão (36,8%) seguido do câncer de próstata (15,7%) (Tabela 1). Em relação às doenças pré-existentes, 70,6% dos pacientes entrevistados afirmaram ter hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças pulmonares e hepáticas. Quanto às manifestações clínicas decorrentes do tratamento, as de maior prevalência foram metabólicas (89,3%), gastrointestinais (74,6%), psicológica (61,7%). A dor foi relatada por 58,6% dos pacientes no momento da entrevista ou na semana da mesma, sendo os locais mais relacionados: membros superiores e inferiores (18,5%) e tórax (11,1%). A intensidade média da dor avaliada pela escala numérica foi  $6,7 \pm 1,83$ , o que pode ser considerada dor de moderada intensidade.

Outra variável sobre a dor estudada foi o questionário McGill, havendo diferença entre as escolhidas por homens e mulheres. As palavras mais citadas podem ser vistas na tabela 2. As palavras “vibra”, “como uma batida”, “cólica”, “fervente”, “machucada”, “esfolante”, “maldita”, “espreme”, “congelante”, “dá náuseas” não foram escolhidas pelos homens e as mulheres não citaram as palavras “vibra”, “como uma pancada”, “tiro”, “punhalada”, “corrente”, “mordida”, “coceira”, “doída”, “esfolante”, “maldita”, “desgastante” e “torturante” (Tabela 2).

Foi observado em um estudo que os componentes afetivos escolhidos pelos doentes (26,4%) superaram a proporção inicial do inventário (17,9%). Neste estudo, o maior número de descritores determinou o componente sensorial, mas os descritores apresentados com mais intensidade eram do componente afetivo (Tabela 3).

Ainda em relação à dor verificou-se que variadas são as ações tomadas pelo paciente na tentativa de melhorar. Destes 46,42% afirmam deitar, ficar reservado ou tentar relaxar para aliviar a dor, 16% fazem uso de gel ou massagem e 8,92% ora para que Deus leve a sua dor.

Dos 35 pacientes que afirmaram ter dor, somente 22 tomam os medicamentos de acordo com a prescrição

Tabela 1 – Origem do câncer primário

	Mulheres (n)	%	Homens (n)	%
Mama	28	50,00	-	-
Ovário	7	12,50	-	-
Linfoma de Hodgkin	2	3,57	2	10,53
Estômago	1	1,79	-	-
Útero	4	7,14	-	-
Pele	1	1,79	1	5,26
Colo do útero	4	7,14	-	-
Intestino	7	12,50	2	10,52
Leucemia linfoblástica aguda	1	1,79	-	-
Leucemia mieloide aguda	1	1,79	-	-
Garganta	-	-	1	5,26
Pulmão	-	-	7	36,84
Mieloma múltiplo	-	-	1	5,26
Próstata	-	-	3	15,79
Bexiga	-	-	1	5,26
Sarcoma	-	-	1	5,26
Total	56	100,00	19	100,00

Tabela 2 – Palavras mais escolhidas por pacientes oncológicos avaliados por meio da versão brasileira do questionário McGill

	Homens (n = 11)	(%)	Mulheres (n = 15)	(%)	Total	(%)
Latejante	4	36,36	8	53,33	12	46,15
Pontada	6	54,55	11	73,33	17	65,38
Agulhada	6	54,55	6	40	12	46,15
Fina	7	63,64	12	80	19	73,08
Beliscão	4	36,36	4	26,67	8	30,77
Calor	5	45,45	4	26,66	9	34,62
Ferroadada	5	45,45	3	20	8	30,77
Dolorida	4	36,36	5	33,33	9	34,62
Sensível	7	63,64	9	60	16	61,54
Cansativa	9	81,82	10	66,67	19	73,07
Enjoada	8	72,73	12	80	20	76,92
Amedrontadora	5	45,45	6	40	11	42,31
Atormenta	6	54,55	5	33,33	11	42,31
Miserável	7	63,64	7	46,67	14	53,85
Fria	3	27,27	2	13,33	5	19,23
Aborrecida	4	36,36	6	40	10	38,46
Fisgada	3	27,27	6	40	9	34,61
Queimação	3	27,27	5	33,33	8	30,76
Ardor	2	18,18	6	40	8	30,76
Que incomoda	3	27,27	6	40	9	34,61
Atravessa	4	36,36	5	33,33	9	34,61
Rasga	3	27,27	4	26,66	7	26,92

Tabela 3 – Soma total do índice de avaliação da dor (IAD)

Categorias (pontuação máxima acusada)	Homens (n = 11)	Mulheres (n = 15)	Total
Sensorial (31)	21,45 ± 4,10	16,53 ± 5,70	18,61 ± 5,57
Afetiva (13)	8,27 ± 2,68	6,60 ± 2,35	7,30 ± 2,58
Avaliativa (5)	2,81 ± 1,66	2,33 ± 1,44	2,53 ± 1,52
Miscelânea (11)	8 ± 2,72	6,93 ± 2,73	7,38 ± 2,72
Total (60)	40,54 ± 7,40	32,40 ± 7,40	35,84 ± 9,28

médica, sendo que 13 relataram que já ficaram sem tomar remédio por falta de dinheiro.

Destes pacientes, 86,6% seguiam orientações medicamentosas, os outros faziam o uso de alternativas não convencionais como o uso de pó de cobra assada e mastuz com babosa com a finalidade de diminuir a dor. O uso era pautado na crença de que são medicamentos naturais. Daqueles pacientes que afirmaram ter dor, quando perguntados sobre medicação prescrita, 46,6% dos pacientes afirmaram fazer uso de analgésicos, sendo os principais medicamentos utilizados a morfina (8,0%), tramadol (8,0%), codeína (8,0%) e anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

## DISCUSSÃO

A proporção de quase 3 mulheres entrevistadas para cada homem, evidencia a baixa procura pelos homens do serviço de saúde corroborando com o fato de que o cuidado não é visto como uma prática masculina<sup>6</sup>. A média da idade vem de encontro aos dados da *American Cancer Society*, que 77% de todos os cânceres são diagnosticados com 55 anos ou mais e que o envelhecimento é por si só, um fator de risco para a incidência das neoplasias, pois deixa os indivíduos mais suscetíveis às transformações malignas<sup>7</sup>. As células das pessoas idosas ao serem expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, incluindo a presença de doenças crônico-degenerativas, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos<sup>8</sup>.

Em relação ao tipo de câncer, no sexo feminino o de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama<sup>9</sup>.

Fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher como menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama e as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta<sup>9</sup>.

Nos homens, foi o câncer de pulmão, que vem diminuindo entre os homens em muitos lugares como a América do Norte, os países nórdicos, Europa e Oceania, enquanto as taxas entre as mulheres têm aumentado rapidamente em praticamente todos os lugares. O segundo mais apontado, foi o de próstata, números semelhantes aos encontrados em outros estudos<sup>9,10</sup>.

Quanto às manifestações clínicas decorrentes do trata-

mento, as de ordem metabólica foram ganho ou perda de peso e as gastrointestinais como diarreia, vômito, anorexia e náusea, o que condiz com outros estudos evidenciando que estes efeitos colaterais são mais evidentes no tratamento quimioterápico<sup>11</sup>. As manifestações psicológicas mais prevalentes como a insônia e ansiedade, possivelmente devidas à doença e seu possível desfecho que pode ser a cura com ou sem sequelas ou a morte. Resultados semelhantes em outros estudos onde os sintomas mais frequentes foram o delírio e a alteração do sono<sup>12</sup> e a dor relatada em 58,6% dos pacientes.

A dor pode ser aguda e crônica, visceral e somática além da dor neuropática e da dor psicogênica, comum em pacientes oncológicos, pois pode ser relacionada a lesões físicas<sup>13</sup>.

A sensação de dor constante apresenta como consequência a perda de energia e de amigos, a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono, que é interrompido pela dor em 58% dos pacientes<sup>14</sup>.

De fato, várias características próprias do câncer e do seu tratamento podem afetar o equilíbrio mental e físico, como limitações na atividade diária, efeitos colaterais dos quimioterápicos e perda da autoestima. O diagnóstico do câncer representa um evento catastrófico em suas vidas, a partir do qual terão de lidar com ansiedade associada à uma doença que pode ser fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento. Muitos pacientes ainda acabam experimentando mudanças de *status* no seu emprego, nas relações sociais, na sua capacidade física e no seu papel dentro da família<sup>15</sup>.

Apesar de sentir a dor do câncer, o paciente submetido à quimioterapia, ainda pode apresentar como sequela, parestesia, hiporreflexia, perda sensitiva ou motora e disfunção neurovegetativa.

Questiona-se se o maior número de descritores afetivos seria uma característica dos pacientes com dor crônica, de forma geral, ou se este achado guarda alguma especificidade em relação à dor de origem neoplásica, pois o componente afetivo era significativamente maior em pacientes cancerosos com dor do que em indivíduos com dor crônica de igual intensidade e de origem não neoplásica<sup>7,16</sup>.

Sabe-se que a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono<sup>14</sup>.

A dor é um tema que intriga muitos profissionais, o que estimula a buscar novas respostas para avaliação e controle. O envolvimento dos enfermeiros na pesquisa e terapêutica

da dor crônica é altamente significativo para o desenvolvimento de conhecimentos e de estratégias inovadoras para o cuidado do paciente. A forma de atuar dos profissionais de saúde comunica-se entre si e como lidam com a dor do paciente são aspectos influenciados por suas definições<sup>17</sup>. Sendo assim, o enfermeiro deve exercer seu papel no controle da dor, ter responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização do tratamento por meio da comunicação com o paciente. Considerar esse conjunto de fatores que interagem nos processos da dor crônica no paciente oncológico é um passo importante na interpretação do cuidado dos enfermeiros ao paciente com câncer.

## CONCLUSÃO

A dor de moderada intensidade e de caráter sensorial está presente na maioria dos pacientes oncológicos levando-os a perda de energia para executar atividades diárias.

## REFERÊNCIAS

1. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 2003;11(2):138-43.
2. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, et al. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer* 2008;8:177.
3. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enfermagem* 1996;30(3):473-83.
4. Camargo PR, Haik MN, Filho RB, et al. Pain in workers with shoulder impingement syndrome: an assessment using the dash and McGill pain questionnaires. *Rev Bras Fisioter* 2007;11(2):161-7.
5. Sousa FF, Silva J. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor* 2005;6(1):469-513.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):565-74.
7. Cervi A, Hermsdorff HHM, Ribeiro RCL. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(4):407-18.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo. CONTAPP. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1996.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
10. Salamonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, et al. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Rev Bras Anestesiologia* 2006;56(6):602-18.
11. Devesa SS, Bray F, Vizcaino AP, et al. International lung cancer trends by histologic type: male:female differences diminishing and adenocarcinoma rates rising. *Int J Cancer* 2005;117(2):294-9.
12. Barbosa LG, Telles Filho PCP. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia. *Cienc Cuid Saude* 2008;7(3):370-5.
13. Sousa FAEF, Silva JA. Mensurando a dor. *Rev Dor* 2005;6(4):680-7.
14. Miceli AVP. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(3):363-73.
15. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(5):785-91.
16. Kremer EF, Atkinson HJ Jr, Ignelzi RJ. Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill pain questionnaire with cancer pain population. *Pain* 1982;12(2):153-63.
17. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2001;9(4):44-9.

Apresentado em 25 de outubro de 2011.

Aceito para publicação em 18 de fevereiro de 2012.