

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES EM USO DE
ANTINEOPLÁSICOS NEUROTÓXICOS EM UMA UNIDADE DE
ATENDIMENTO ONCOLÓGICO**

KÉSSIA RÚBIA ALVES

Belo Horizonte
2010

KÉSSIA RÚBIA ALVES

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES EM USO DE
ANTINEOPLÁSICOS NEUROTÓXICOS EM UMA UNIDADE DE
ATENDIMENTO ONCOLÓGICO**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Profa. Dra. Elenice Dias
Ribeiro de Paula Lima

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem: Oncologia

Dissertação intitulada: “Perfil sócio-demográfico dos paciente em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de atendimento oncológico”, de autoria de Késsia Rúbia Alves, aprovada pela banca examinadora.

Profa. Dra. Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima

Belo Horizonte, dezembro de 2010.

RESUMO

Os antineoplásicos são drogas utilizadas no tratamento de diversos tipos de câncer e que interferem diretamente nas funções de reprodução celular. Apesar dos grandes avanços na terapia contra o câncer, os pacientes que recebem quimioterápicos experimentam severos efeitos colaterais que limitam suas dosagens e, conseqüentemente, seus efeitos benéficos. A neuropatia periférica induzida pela quimioterapia é um fator comum de limitação desse tratamento. Seus sintomas denunciam os danos causados ao sistema nervoso periférico, que transmite informações entre o sistema nervoso central e o resto do corpo. É durante a consulta de enfermagem onde há a possibilidade de avaliar-se cada paciente em suas necessidades. Propõe-se com este estudo identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes em uso de antineoplásicos citostáticos potencialmente neurotóxicos, através de um estudo descritivo. Este conhecimento torna possível ao enfermeiro elencar as informações que possam atingir o nível de compreensão dos envolvidos no processo. Considera-se, após a realização deste estudo, que o conhecimento do perfil dos pacientes torna possível promover melhor adesão ao tratamento, reduzir o estresse do cliente e sua família, minimizar ou prevenir o aparecimento de complicações relacionadas ao tratamento e melhorar a qualidade de vida. Além disso, contribui para que possa direcionar os envolvidos aos serviços complementares oferecidos pela unidade de tratamento oncológico de acordo com a ordem das necessidades pontuais. Isso contribui para o desenvolvimento de um olhar clínico apurado, uma escuta diferenciada e um atendimento de qualidade em um momento inegavelmente difícil para os envolvidos.

Palavras-chave: Enfermagem, oncologia, quimioterapia, antineoplásicos neurotóxicos, perfil sócio-demográfico.

ABSTRACT

The anticancer drugs are used in treating various cancers and to interfere directly in the functions of cell reproduction. Despite major advances in cancer therapy, patients receiving chemotherapy experience severe side effects that limit their doses and, consequently, their beneficial effects. Peripheral neuropathy induced by chemotherapy is a common factor limiting this treatment. Her symptoms denounce the damage to the peripheral nervous system that transmits information between the central nervous system and the rest of the body. It is during the nursing consultation where there is the possibility to evaluate each patient on their needs. It is proposed in this study to identify the social demographic profile of patients using potentially neurotoxic antineoplastic cytostatics through a descriptive study. This knowledge makes it possible to list the information that nurses can achieve the level of understanding involved. It is considered after the completion of this study that knowledge of patients' profile makes it possible to promote better treatment adherence, reduce the stress of the client and his family, minimize or prevent the onset of treatment-related complications and improve quality of life. Moreover, to ensure that those involved can direct the additional services offered by cancer treatment unit according to the order of the ad hoc needs. This contributes to the development of a clinical look refined, differentiated listening and quality care in an undeniably difficult time for those involved.

Keywords: Nursing, oncology, chemotherapy, antineoplastic neurotoxic, socio-demographic profile.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e superação dos momentos difíceis enfrentados durante a execução deste trabalho.

À Delma Simões pelo apoio e colaboração. Agradeço pelo incentivo, pela amizade e por dividir comigo seu conhecimento e suas experiências.

À Orientadora Elenice Lima pela disponibilidade e interesse, por atender aos meus chamados e solicitações de forma sempre pronta e rica em ensinamentos.

A todos familiares e amigos que estiveram junto comigo neste projeto de especialização, agradeço a cada um pela demonstração de incentivo e apoio.

SUMÁRIO

1	Introdução	7
1.1	Neuropatia periférica induzida por quimioterápicos	8
1.2	Avaliação de enfermagem	8
2	Objetivo	11
3	Revisão de literatura	12
3.1	Toxicidade associada à quimioterapia	12
3.2	Quimioterápicos neurotóxicos mais comuns	14
3.3	Características clínicas da neurotoxicidade	16
3.4	Classificação das toxicidades	17
4	Metodologia	20
4.1	Delineamento do estudo	20
4.2	Local	20
4.3	Amostra	21
4.4	Coleta dos dados	21
4.5	Questões éticas	22
4.6	Análise dos dados	22
5	Resultados e discussões	23
5.1	Variáveis sócio demográficas	23
6	Considerações Finais	35
	Referências	37
	Apêndices	40

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES EM USO DE ANTINEOPLÁSTICOS NEUROTÓXICOS EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO

1 Introdução

Os antineoplásicos são drogas utilizadas no tratamento de diversos tipos de câncer e consistem no uso de drogas que interferem diretamente nas funções de reprodução celular (SMELTZER; BARE, 2002).

A quimioterapia antineoplásica começou a ser estudada e utilizada no final do século XIX, com a descoberta da solução de Fowler (arsenito de potássio) por Lissauer, em 1865, e da toxina de Coley (associação de toxinas bacterianas), em 1890. No entanto, maiores avanços podem ser traçados diretamente da Segunda Guerra Mundial, com a descoberta da mostarda nitrogenada como supressor da divisão de certos tipos de células somáticas. Em 1943, com a explosão de um depósito de gás mostarda – um agente bélico químico - em Bari, Itália, foi observado pela primeira vez mielodepressão intensa e morte por hipoplasia de medula óssea entre os soldados expostos (BONASSA; SANTANA, 2005; ROCHA; MARZIALE; ROBAZZI, 2004). Assim, uma arma química se constituiu em importante modalidade de tratamento contra o câncer. Na década de 40, vários pacientes com linfomas avançados foram tratados com o gás mostarda aplicado por via endovenosa. A melhora foi espantosa apesar de temporária, e a experiência levou pesquisadores a buscarem outras substâncias que pudessem ter efeitos semelhantes contra o câncer, havendo desde então o desenvolvimento de muitas outras drogas antineoplásicas (ACS, 2009).

Apesar dos grandes avanços na terapia contra o câncer, muitas das limitações enfrentadas pelos primeiros pesquisadores ainda se aplicam hoje. Como se mostra óbvio por sua própria origem, os quimioterápicos são basicamente venenos. Pacientes que os recebem experimentam severos efeitos colaterais que limitam suas dosagens e, conseqüentemente, seus efeitos benéficos. Os efeitos colaterais ou toxicidades decorrentes da quimioterapia relacionam-se à sua não

especificidade, pois atuam não apenas sobre células tumorais malignas, mas também sobre células de rápida divisão, principalmente as do tecido hematopoiético, germinativo, folículo piloso, e epitélio de revestimento gastrointestinal. Outros órgãos e sistemas podem ser também afetados, em maior ou menor grau, de forma precoce, tardia ou crônica, algumas vezes em caráter cumulativo e irreversível. Dentre as severas toxicidades decorrentes da quimioterapia destacam-se as desordens do sistema nervoso periférico, que podem se apresentar sob diferentes formas dependendo da droga utilizada (BONASSA; SANTANA, 2005).

1.1 Neuropatia periférica induzida por quimioterápicos

A neuropatia periférica induzida pela quimioterapia é um fator comum de limitação desse tratamento. Seus sintomas denunciam os danos causados ao sistema nervoso periférico, que transmite informações entre o sistema nervoso central e o resto do corpo. Sua severidade está relacionada à dose cumulativa da droga recebida e, apesar de não apresentar risco de vida na maioria dos casos, causa grande dano à qualidade de vida do paciente (CHAUDHRY *et al.*, 2004).

Velasco e Bruna (2010) afirmam que cerca de 60% dos pacientes que fazem quimioterapia apresentam algum grau de neuropatia periférica e que este sintoma está comumente relacionado ao uso das drogas oxaliplatina, cisplatina, paclitaxel, docetaxel e bortezomib. Tais antineoplásicos são principalmente utilizados no tratamento de cânceres de alta incidência na população tais como no câncer de mama, pulmão, ovário e intestino. É importante que o enfermeiro monitorize seus pacientes para identificar precocemente sinais de toxicidade neuropática, tanto para controle das dosagens quimioterápicas como para prevenção de maiores complicações com danos à qualidade de vida do paciente.

1.2 Avaliação de enfermagem

Uma estratégia adotada pelo enfermeiro é a consulta de enfermagem, estabelecida pela RESOLUÇÃO COFEN-159/1993 na qual, em suas dimensões filosóficas, técnico-científicas, interativas, educacionais e assistenciais, avalia-se

cada paciente em suas necessidades. É um momento fundamental para se abordar a complexidade do universo quimioterapêutico. Segundo a North American Diagnosis Association (NANDA, 2007), deve ser realizada de forma sistematizada e aplicada de acordo com as rotinas institucionais e necessidades individuais do paciente frente ao protocolo terapêutico. O enfermeiro deve utilizar linguagem adequada para o nível cognitivo e cultural do paciente e prover informações específicas, dirimindo dúvidas, educando, e reduzindo a ansiedade muitas vezes relacionada ao estigma da doença.

É durante a consulta de enfermagem que o Enfermeiro define o principal diagnóstico de enfermagem do paciente em início de tratamento antineoplásico, de forma a favorecer a implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) e direcionar, assim, a redução de riscos, o controle do tratamento, e a promoção da qualidade de vida (SILVA; GOMES, 2007).

O conhecimento de características sócio demográficas dos pacientes é fundamental para um bom atendimento de enfermagem que vise promover melhor adesão ao tratamento, reduzir o estresse do cliente e sua família, minimizar ou prevenir o aparecimento de complicações relacionadas ao tratamento e melhorar a qualidade de vida. Conhecendo o perfil do paciente, o enfermeiro poderá prover de forma mais adequada orientações que reduzam os efeitos adversos dos antineoplásicos, como aspectos de hidratação e nutrição, atividades laborativas e manejo de sintomas estressantes (BRASIL, 2008; SITZIA; WOOD, 1998).

Em nossa prática diária em uma unidade de atendimento oncológico, percebemos numerosa ocorrência de neuropatia periférica induzida por quimioterápicos neurotóxicos. É evidente a necessidade de intervenções de enfermagem prevenindo complicações, aliviando o sofrimento e promovendo a qualidade de vida desses pacientes. Em contrapartida, pouco se sabe sobre o perfil sócio demográfico dessa população. Atualmente, espera-se, mais do que nunca, que a terapêutica quimioterápica não apenas atue na redução tumoral, mas permita ao paciente habilidade funcional e qualidade de vida. O Enfermeiro é o principal membro da equipe interdisciplinar em oncologia capaz de detectar, monitorar,

prevenir e minimizar tais efeitos e, para isso, é essencial que ele conheça o perfil dos clientes que cuida. Este conhecimento contribuirá para melhorar o atendimento a estes pacientes e favorecer a individualização das intervenções de enfermagem frente ao risco de percepção tátil sensorial alterada.

2 Objetivo

Com base nas considerações acima, propõe-se este estudo com o seguinte objetivo:

- Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes em uso de antineoplásicos citostáticos potencialmente neurotóxicos.

3 Revisão da Literatura

O câncer lidera as causas de morte no mundo. Em 2004 foi responsável por 7,4 milhões de morte, representando cerca de 13% dos óbitos, dentre os quais mais de 70% ocorreram em países de baixa ou média renda. O câncer pode ser reduzido e controlado se estratégias baseadas em evidência forem implementadas para prevenção, detecção precoce e manejo adequado dos pacientes oncológicos (WHO, 2009).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o Brasil em 2010, uma incidência de 236.240 novos casos de neoplasias para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. O tipo que se mostra mais incidente é o câncer de pele tipo não melanoma (114 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

Para o sexo masculino, os tumores mais incidentes são o de pele não melanoma (53 mil casos novos), próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (13 mil).

Para o sexo feminino destacam-se os tumores de pele não melanoma (60 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil). De acordo com a publicação Saúde Brasil 2007, divulgada em novembro, o câncer já ocupa o segundo lugar no ranking da mortalidade feminina, superando as doenças do aparelho circulatório. Os tipos de câncer de mama e de colo de útero caracterizam, de acordo com a pesquisa, as principais causas de morte por neoplasia em mulheres. Em 2005, os tumores malignos da mama mataram 2,7 mil brasileiras em idade fértil (BRASIL, 2009).

3.1 Toxicidade associada a quimioterápicos

Os efeitos tóxicos da quimioterapia são classificados como imediatos, precoces, retardados ou tardios, conforme demonstrado no QUADRO 1 (BRASIL, 2008).

QUADRO 1

Efeitos colaterais dos antineoplásicos de acordo com o tempo de início e duração

Toxicidade inespecífica	Início	Sinais e sintomas observados
Imediata	Horas	Náusea, vômitos, flebite, hiperuricemia e insuficiência renal
Precoce	Dias a semanas	Leucopenia, plaquetopenia, alopecia e fibrose
Retardada	Semanas a meses	Anemia, axoospermia, lesão celular hepática e fibrose pulmonar
Tardia	Meses a anos	Esterelidade, atrofia de gônadas, tumores malignos secundários

Fonte: INCA (2002, p. 298) citado por Brasil, Instituto Nacional do Câncer (2008, p. 425)

Muitas vezes não há medicamentos para se tratar essas toxicidades, e a decisão de descontinuar o tratamento por esse motivo pode ser subjetiva. Para ajudar o direcionamento de tais decisões, questões relacionadas à severidade dos sintomas, ao estresse que eles causam ao paciente, e à resposta obtida com a terapia utilizada devem ser avaliadas pelos profissionais da saúde (KAPLAN; WIERNIK, 1982).

Através de tentativas e erros, os oncologistas têm aprendido a comunicar os efeitos colaterais da quimioterapia desenvolvendo escalas objetivas de toxicidade. Essas tabelas são instrumentos de medida que permitem classificar a toxicidade em escalas, de forma precisa, uniforme e sistemática. Torna possível aos pesquisadores a comparação do perfil de toxicidade de uma droga com outra. Desse modo, para avaliação objetiva de qualquer toxicidade quimioterápica, essas “tabelas de toxicidade” devem ser empregadas (MARKMAN, 1996).

A classificação do “grau” de um efeito colateral em particular reflete a sua severidade, com as toxicidades mais sérias sendo rotuladas como as que trazem “risco de vida”. A toxicidade quimioterápica com “risco de vida” mais comum é a supressão severa da medula óssea. No entanto, a vasta maioria desse evento é relativamente assintomática e reversível, e a morbidade severa é bastante incomum. Além disso, supressão severa da medula óssea é frequentemente antecipada, prontamente reconhecida, e pode ser facilmente quantificada. Desde que esse principal fator limitante da maioria dos regimes quimioterapêuticos começou a ser controlado pela utilização de fatores de crescimento ou de transplante de medula, a utilização de doses mais altas de quimioterápicos tornou-se possível. Contudo, essas altas dosagens aumentam o risco de neurotoxicidade periférica ou central, constituindo-se este, agora, o grande problema para o tratamento quimioterápico (VERSTAPPEN *et al.*, 2003).

Alguns fatores podem interferir na incidência e severidade da neurotoxicidade, como a dosagem, via de administração, idade do paciente, função hepática e renal, uso prévio ou concomitante de outras drogas neurotóxicas e tratamento radioterápico concorrente do sistema nervoso central. A neurotoxicidade pode ser limitada afetando apenas o sistema nervoso central ou apenas o periférico, sendo as neuropatias periféricas as mais comuns (BONASSA; SANTANTA, 2005).

A neurotoxicidade central pode causar desde um déficit cognitivo menor até uma grave encefalopatia acompanhada de demência ou mesmo coma. Por sua vez, a neurotoxicidade periférica, mesmo quando não leva à limitação da dose do quimioterápico, interfere nas atividades da vida diária, pode causar desconforto crônico, e afetar severamente a qualidade de vida do paciente oncológico (CAVALETTI; MARMIROLI, 2004). É o enfermeiro o profissional que deve estar atento a esses efeitos colaterais, identificando seus sinais e sintomas para intervir com eficácia o mais precocemente possível (BONASSA; SANTANA, 2005).

3.2 Quimioterápicos neurotóxicos mais comuns

Os efeitos colaterais neurotóxicos da quimioterapia podem ser causados por diferentes drogas antineoplásicas, ocorrem com frequência e, muitas vezes, demandam redução da dosagem da droga. Suas manifestações e tratamento dependem da droga utilizada. Apresentam-se com maior frequência após o uso de taxanes (paclitaxel e docetaxel) e derivados da platina (oxaliplatina e cisplatina) (VERSTAPPEN *et al.*, 2003).

A oxaliplatina foi incorporada ao arsenal oncológico mais recentemente, com destaque para o tratamento de câncer colorretal. Apresenta atividade neurotóxica importante manifestada através de neuropatia periférica sensitiva dose-acumulativa, que ocorre durante ou após a sua infusão. Afeta principalmente mãos, pés e lábios, sendo os sintomas agudos desencadeados pelo frio (ar ou água) (LEHKY *et al.*, 2004).

A neurotoxicidade causada pela oxaliplatina pode ocorrer ainda como síndrome crônica, caracterizada por neuropatia sensorial em fibras nervosas pequenas e grandes, o que leva a perda ou alterações sensoriais importantes, síndrome de Lhermitte's (sensação similar a choque elétrico que se irradia pelo membro), dentre outros. É caracterizada por disestesias, parestesias e câibras. Tais alterações neurológicas podem vir acompanhadas de dor ou deficiências funcionais (BONASSA; SANTANA, 2005, GAMELIN *et al.*, 2002, LEONARD *et al.*, 2005). Bonassa e Santana (2005) destacam que quase todos os pacientes que fazem uso desta droga apresentam algum grau de disfunção neurológica periférica e, dependendo da intensidade em que ocorrem, é recomendada a redução da dose em 25% a 50% ou mesmo interrupção do tratamento.

Os taxanes, por sua vez, estão frequentemente associados a quadros de neuropatia periférica dose-dependente, dose-limitante e cumulativa. O paclitaxel é um agente antineoplásico comumente utilizado para tratamentos de câncer de pulmão, mama e ovário e a incidência de neurotoxicidade periférica após o seu uso é de 62%, sendo que destes, 30% dos pacientes a apresentam em grau 2, ou seja, já com alguma limitação das atividades de vida diária. Os sintomas são caracterizados por formigamento, adormecimento e dor em mãos e pés; alterações

motoras finas; dificuldade de andar; perda de reflexos tendinosos profundos; mialgias e artralguas transitórias, especialmente em articulação e membros. O docetaxel, droga utilizada no tratamento de câncer de mama avançado ou metastático, câncer de pulmão não pequenas células, dentre outros, também está associado à neuropatia periférica, porém em menor intensidade e frequência, sendo que aproximadamente 13% dos pacientes manifestam seus sinais e sintomas (BONASSA; SANTANA, 2005).

3.3 Características clínicas da neurotoxicidade

As características clínicas da neurotoxicidade são muito diferentes da toxicidade da medula óssea. A neurotoxicidade é geralmente difícil de prever e pode se evidenciar clinicamente em fases mais tardias do tratamento, ou mesmo após o término da terapia. Apesar dos sintomas serem bastante debilitantes (por exemplo, dificuldade em escrever, em abotoar uma blusa), eles são difíceis de se medir ou quantificar. Os sintomas da neurotoxicidade induzida por quimioterápicos geralmente não trazem “risco de vida”, contudo exercem importante impacto na qualidade de vida do paciente oncológico (MARKMAN, 1996).

Pela função altamente especializada de cada nervo periférico, uma vasta variedade de sintomas pode ocorrer quando os nervos são danificados. Os nervos sensitivos possuem risco aumentado associado ao dano por quimioterápicos. Por esse motivo, os pacientes geralmente experimentam sintomas sensitivos, sendo bastante comum a queixa de dormência e dor nas mãos e nos pés. A característica típica da dor na neuropatia periférica é de formigamento ou queimação, enquanto que a perda da sensibilidade é comumente comparada à sensação de estar vestindo meia ou luva fina (VISOVSKY, 2003).

As parestesias distais são muito comuns e bem toleráveis pela maioria dos pacientes. No entanto, alterações sensoriais mais severas tais como parestesias acompanhadas de dor, perda de reflexos tendinosos profundos e alterações de percepções, podem alterar significativamente a habilidade funcional, o conforto e a qualidade de vida global do paciente oncológico. Tais sintomas podem regredir,

estabilizar ou piorar após o término do tratamento e tem sido reportada a persistência por muitos anos em 31% a 73% dos indivíduos (BONASSA; SANTANA, 2005)

3.4 Classificação das Toxicidades

Em 1982, o *National Cancer Institute* (NCI), EUA, criou a primeira versão de um dicionário para uniformizar a nomenclatura e a graduação de eventos adversos em oncologia: os Critérios Comuns de Toxicidade (*Common Toxicity Criteria*, CTC), que têm sido usados mundialmente como padrão para o relato de eventos adversos em estudos clínicos. Esses critérios passaram por uma reformulação e sua segunda versão foi publicada em 1997. Em 2003 foram novamente revisados, ampliados, e publicados pelo Instituto Nacional de Câncer do Estados Unidos (NCI) como *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Essa classificação já se encontra na versão 4.02, publicada em 2009 (CLINICAL TRIAL BRAZIL, 2010). Através do CTCAE versão 4.02, o NCI padroniza, conceitua e gradua as neurotoxicidades periféricas mais comuns, conforme apresentado a seguir (NCI, 2009).

Disestesia: desordem caracterizada pela distorção da percepção sensorial, resultando em uma sensação anormal e desagradável.

Grau 1 – leve alteração sensorial,

Grau 2 – moderada alteração sensorial com limitação das atividades de vida diária (AVD)

Grau 3 – severa alteração sensorial com limitação do autocuidado e das atividades de vida diária.

Parestesia: desordem caracterizada por distúrbios funcionais dos neurônios sensoriais, resultando em sensações cutâneas anormais tais como formigamento, dormência, pressão, sensação de frio ou calor vivenciados ainda que não haja qualquer estímulo.

Grau 1 – leve alteração sensorial,

Grau 2 – moderada alteração sensorial com limitação das atividades de vida diária (AVD)

Grau 3 – severa alteração sensorial com limitação do autocuidado e das atividades de vida diária.

Neuropatia motora periférica: desordem caracterizada por inflamação ou degeneração dos nervos motores periféricos.

Grau 1 – pacientes assintomáticos, há raras observações clínicas e não são indicadas intervenções;

Grau 2 – Sintomas moderados com limitação das atividades de vida diária (AVD);

Grau 3 - Sintomas graves; auto-limitação das AVD.

Grau 4 – Risco de vida, necessita intervenção urgente;

Grau 5 – Morte

Neuropatia sensorial periférica: desordem caracterizada pela inflamação ou degeneração dos nervos periféricos sensoriais.

Grau 1 – Assintomáticos, perda de reflexos tendinosos profundos ou parestesia;

Grau 2- Sintomas moderados, limitando AVD;

Grau 3 Sintomas graves;

Grau 3 - Sintomas graves; auto-limitação das AVD;

Grau 4- Risco de vida, necessita intervenção urgente;

Grau 5 – Morte.

Paralisia do nervo laríngeo recorrente: Uma desordem recorrente caracterizada por paralisia do nervo laríngeo.

Grau 1 assintomática, acompanhamento clínico e manter observações, não são indicadas intervenções;

Grau 2- Sintomas moderados, limitando AVD;

Grau 3 - Sintomas graves; auto-limitação das AVD, intervenções médicas são indicadas (ex: tireoplastia, injeção de cordas vocais);

Grau 4- Risco de vida, necessita intervenção urgente;
Grau 5 – Morte.

O Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2008), por sua vez, resume e classifica os sintomas que afetam o Sistema Nervoso Periférico Sensorial em:

Grau 1: Parestesias discretas/ redução dos reflexos;

Grau 2: Parestesias Moderadas, redução de sensibilidade;

Grau 3: Parestesia intolerável, redução acentuada da sensibilidade;

Grau 4: Ausência de reflexos e sensibilidade.

Para pacientes em risco de neurotoxicidade induzida por quimioterápicos, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2008) sugere o diagnóstico de enfermagem “risco de neurotoxicidade relacionada à medicação prescrita”. Este, porém, não é padronizado pela NANDA – North American Diagnosis Association, que provê o diagnóstico

Percepção tátil sensorial perturbada caracterizada por mudança na acuidade sensorial, mudança na percepção sensorial aos estímulos e distorções sensoriais, relacionada a recepção e transmissão sensorial alterada, definida como a mudança na quantidade ou no padrão de estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos (JONHSON; BULECHEK; BUTCHER *et al.* 2009, p. 390).

4 Metodologia

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza não exploratória e de abordagem quantitativa. Pina (2005) afirma que um estudo descritivo

é aquele que ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população, nomeadamente proporções, médias, etc. Não necessita de elaboração de hipóteses de estudo pois trata-se apenas de uma "fotografia" da situação. Tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação(p.14).

4.2 Local

O estudo foi realizado em uma unidade de quimioterapia do serviço de oncologia de um hospital geral de grande porte do interior de Minas Gerais. Esta unidade possui 28 poltronas para os pacientes em tratamento oncológico ambulatorial. No ano de 2009, foi realizada uma média de 39 infusões quimioterápicas por dia, em pacientes em tratamento ambulatorial, e uma média mensal de 130 infusões em pacientes internados. Atende à macro-região centro-oeste de Minas Gerais, com um total de aproximadamente 76 municípios em sua área de abrangência.

O serviço conta com duas enfermeiras, sendo uma coordenadora e uma assistencial, e oito técnicos de enfermagem. É composto por 4 oncologistas clínicos, 2 onco-hematologistas, 01 nutricionista, 01 assistente social, 02 psicólogas, 01 dentista, 01 fonoaudiólogo, 01 farmacêutico e 01 pedagoga. A unidade está integrada ao Instituto de Pesquisas do Centro-Oeste de Minas (IPOM) e desenvolve estudos clínicos diversos.

Todos os pacientes que iniciam o tratamento quimioterápico, conforme rotinas estabelecidas pelo serviço são devidamente encaminhados à enfermeira para consulta de enfermagem. Esta foi estabelecida conforme o referencial de Wanda Horta – Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). É um momento

em que o enfermeiro acolhe o paciente acompanhado de um cuidador, avalia suas necessidades, estabelece o diagnóstico de enfermagem principal e orienta as intervenções de enfermagem conforme o levantamento da história pregressa e protocolo quimioterápico estabelecido. É ainda um espaço para encaminhamentos para outros membros da equipe, tais como psicologia, serviço social ou odontologia.

4.3 Amostra

A amostra foi composta por 29 pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial, no período de julho a agosto de 2010. Os critérios de inclusão foram:

- Estar em tratamento com protocolos que incluíam oxaliplatina, paclitaxel e docetaxel, drogas com alto potencial neurotóxico;
- Ter concordado em participar do estudo após esclarecimentos sobre o mesmo, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram:

- idade menor de 18 anos;
- ter problemas cognitivos que pudessem interferir na coleta de dados.

4.4 Coleta dos dados

Os pacientes foram selecionados enquanto realizavam o agendamento da quimioterapia do dia. O responsável pelo setor de agendamento comunicava ao enfermeiro, o qual avaliava se o cliente atendia aos critérios de inclusão do estudo. Em caso positivo, o enfermeiro convidava o paciente e acompanhante para comparecerem ao consultório de enfermagem, onde recebiam informações sobre o estudo. Depois de esclarecidos e terem formalmente concordado em participar, iniciava-se a coleta de dados.

Os dados foram coletados através de entrevistas com os pacientes e consultas aos prontuários. Foi utilizado formulário específico para informações sócio-demográficas (Apêndice A). Os dados foram coletados pelo pesquisador entre os meses de julho e agosto de 2010.

4.5 Questões éticas

O estudo foi realizado em conformidade com a resolução 196/96. Os dados foram coletados após aprovação dos Comitês de Ética das instituições envolvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelos pacientes que compuseram a amostra.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram inseridos no Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15.0, onde foram tratados e analisados, utilizando-se estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos à luz da literatura revisada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Variáveis sócio demográficas

A população estudada foi composta por 29 respondentes, sendo a maioria dos indivíduos do sexo feminino (Tabela 1). A idade variou entre 36 a 79 anos, com média de 55,7 anos e desvio padrão de 10,77 ($55,7 \pm 10,77$) (TAB. 1).

TABELA 1

Distribuição dos pacientes que compuseram a amostra, de acordo com o sexo
(N = 29) - Julho/Agosto de 2010

	N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos Feminino	25	86,2	86,2	86,2
Masculino	04	13,8	13,8	100,0
Total	29	100,0	100,0	

Ao planejar as intervenções a serem desenvolvidas junto a essa população, o enfermeiro deve considerar a predominância de indivíduos do sexo feminino, tendo em vista aspectos relativos às atividades desenvolvidas pela mulher tais como aquelas relacionadas ao seu papel de mãe, esposa e profissional. O direcionamento das intervenções conforme o gênero é fundamental para uma assistência de enfermagem de qualidade. É importante ressaltar que orientações referentes a fertilidade e uso/não uso de contraceptivos devem ser oferecidas a essa população, principalmente pela idade apresentada, onde verificamos que 35% da população encontra-se em idade fértil (GRAF. 1). Esta tendência foi apontada pelo Ministério da Saúde (2005), ao mostrar que as neoplasias são responsáveis pelo maior número de mortes entre mulheres com idade fértil no Brasil, atingindo o percentual de 23% do total de óbitos na faixa etária entre 10 a 49 anos.

Apesar do número de homens em uso de drogas neurotóxicas para tratamento antineoplásico representarem a minoria neste estudo, o número de

homens com câncer difere-se muito pouco do número de casos entre mulheres em países desenvolvidos, enquanto que em países em desenvolvimento a prevalência de mulheres é 25% maior (PISANI; BRAY; PARKIN, 2002). Para os pacientes do sexo masculino, o enfermeiro deve considerar as características específicas não apenas relacionadas ao gênero, mas também à cultura que os envolve, para que ações eficazes sejam planejadas e implementadas. Aspectos referentes a sexualidade e ao papel social do homem devem ser cuidadosamente considerados pelo enfermeiro ao planejar os cuidados para essa população.

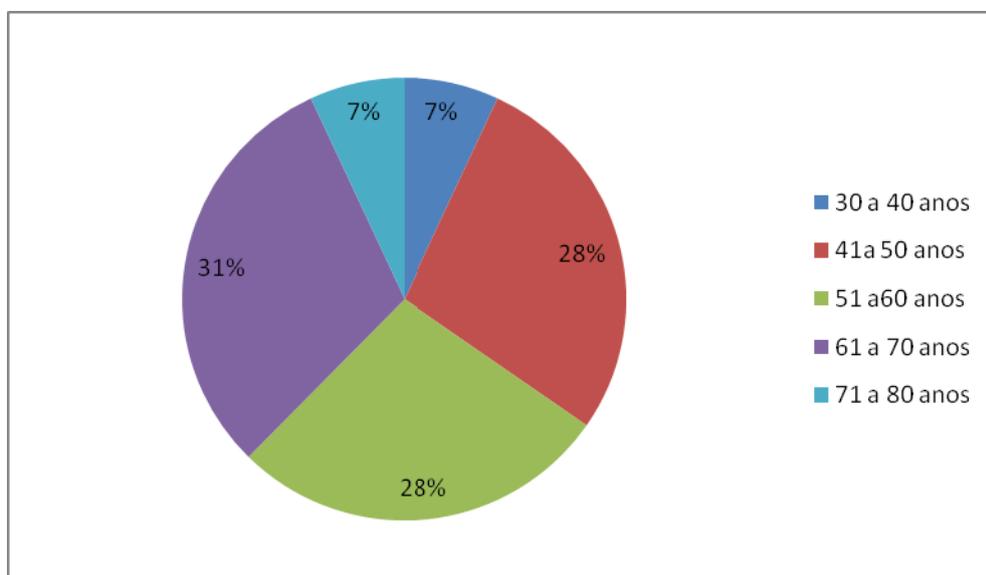


GRÁFICO 1 – Distribuição por faixa etária dos pacientes em uso de antineoplásicos potencialmente tóxicos em uma unidade de Quimioterapia no interior de Minas Gerais, julho/agosto - 2010

Os resultados deste estudo mostraram um aumento progressivo do número de casos de pacientes que fazem uso de drogas neurotóxicas a partir dos 41anos, com maior prevalência na faixa etária de 61-70 anos e diminuição após os 71anos, conforme apresentado no GRAF. 1. A distribuição da amostra conforme a idade mostrou que 31% dos pacientes (n=11) estavam na faixa etária de 61-79 anos. Em contrapartida, 63% (n=19) tinham idade entre 30 e 60 anos, ou seja, no grupo da população considerada economicamente ativa (7% na faixa dos 30-40anos, 28% entre 41-50 anos, e 28% entre 51 a 60 anos). Estes dados implicam que o risco da

neuropatia periférica, ou diminuição da percepção tátil sensorial, decorrente do uso de antineoplásicos pode ter impacto negativo nas atividades laborais, pois diminui a funcionalidade e, conseqüentemente, a produtividade, além de afetar a qualidade de vida e autoestima do paciente.

Para Visovsky, Collins, Linda *et al* (2007) a neuropatia periférica Induzida por quimioterapia NiQ é um sintoma significativo e debilitante, resultante da administração de antineoplásicos neurotóxicos. Tem importante conseqüência no tratamento do câncer devido ao seu potencial impacto sobre a capacidade física e a qualidade de vida. Para as autoras os enfermeiros em oncologia desempenham um papel importante na avaliação, monitoramento e educação dos clientes sobre NiQ.

No que se refere ao estado civil dos entrevistados, verificamos que dos 29 participantes 31% (n=9) eram solteiros, viúvos e divorciados, enquanto os casados tiveram uma predominância de 69% (n=20), conforme apresentado no GRAF. 2. O tempo de casado variou de 9 a 50 anos, com prevalência de 31 a 40 anos de casado.

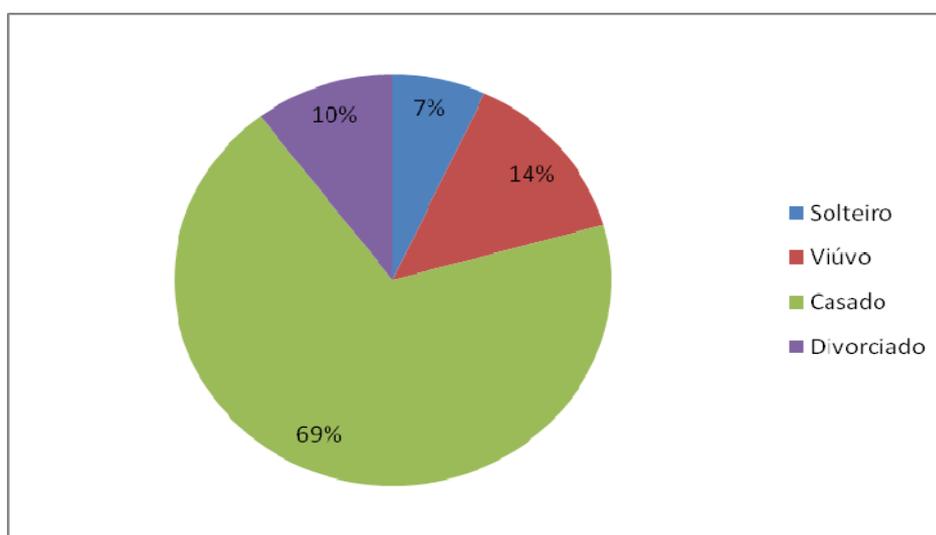


GRÁFICO 2 – Estado civil dos pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia no interior de Minas Gerais, julho/agosto - 2010 ¹

¹ 01 caso sem resposta

Em estudo desenvolvido por Yildirim e Kocabiyik (2010) investigando a relação entre suporte social e solidão em 144 pacientes turcos com câncer, verificou-se um perfil sócio demográfico bastante similar ao obtido no presente trabalho, com idade média dos participantes de 51,76 anos (DP=12,14), 63,9% (n=92) do sexo feminino e maioria casada. As autoras destacam que no planejamento de cuidados aos pacientes oncológicos, além de avaliar o estado fisiológico, o enfermeiro deve avaliar os aspectos psicológicos e sócio-demográficos também, para que possa intervir melhorando o apoio social aos pacientes e, assim, diminuir sua solidão. O conhecimento do perfil de pacientes com câncer precisa ser uma parte essencial da prática da enfermagem.

É interessante observar o aspecto levantado sobre solidão quando o estado civil da maioria da amostra de Yildirim e Kocabiyik (2010) é casada, como também acontece neste estudo. O fato de ser casado não teve necessariamente relação com o nível de suporte social. No entanto, as mesmas autoras afirmaram que, à medida que aumentava o envolvimento familiar de suporte ao paciente oncológico, menor era o nível de solidão destes indivíduos. O enfermeiro deve estar atento às condições de suporte social de cada paciente, estabelecendo um cuidador definido, que pode ou não partir do cônjuge. O fundamental é avaliar em que ponto a relação é saudável o bastante para contribuir ou não para com a adesão ao tratamento, o controle dos eventos adversos e a qualidade de vida do paciente.

Como mostra a TAB. 2, a maioria (65%) da população estudada apresentou, no máximo, o ensino fundamental completo. Destes, três (11%) são analfabetos, 7 (24%) possuem ensino fundamental incompleto e 9 (31%) possuem ensino fundamental completo. Seis (20%) possuem ensino médio e apenas 14% têm o terceiro grau completo.

TABELA 2

Nível de escolaridade dos pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma Unidade de Quimioterapia de um Hospital do Interior de Minas Gerais. (N=29) – Julho/Agosto-2010

N	%	%Válido	% Acumulado
---	---	---------	-------------

Válidos	Analfabetos	03	10,3	10,3	10,3
	Ensino Fund. Incompleto	07	24,1	24,1	34,5
	Ensino Fund. Completo	09	31,0	31,0	65,5
	Ensino Médio Incompleto	03	10,3	10,3	75,9
	Ensino Médio Completo	03	10,3	10,3	86,2
	Ensino Superior Completo	02	6,9	6,9	93,1
	Pós Graduação	02	6,9	6,9	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

Um dos grandes desafios na implementação de cuidados para prevenção e tratamento dos efeitos colaterais de antineoplásicos é justamente conseguir fazer com que o paciente e cuidador compreendam e executem em nível domiciliar as orientações estabelecidas. Ao verificar o predomínio do nível de instrução de nossa amostra, verifica-se a necessidade de reavaliar a metodologia de abordagem desta população de forma a favorecer melhor a sua compreensão e sua adaptação.

A escola tradicional, aquela em que o mestre transmite e o aluno escuta, está em decadência. Vários pedagogos têm estabelecido a necessidade de que aquele que ensina consiga romper com uma cultura primeira do aluno e fazer com que o ser a ser ensinado – o aluno, o paciente ou família - compreenda e rompa o conhecimento, assimilando todos os ensinamentos trazidos pelo outro de forma harmoniosa aos seus princípios. Um trabalho que embora tenha resultados surpreendentes exige esforço por parte de quem aprende e criatividade daquele que ensina (SNYDERS, 1988). O enfermeiro em seu papel de educador durante a consulta e na implementação de intervenções educativas deve, portanto, tentar considerar ao máximo os conhecimentos prévios do paciente e família e o meio em que vivem de forma a criar estratégias para eles assimilarem e implementem os cuidados domiciliares determinados de forma correta e precisa.

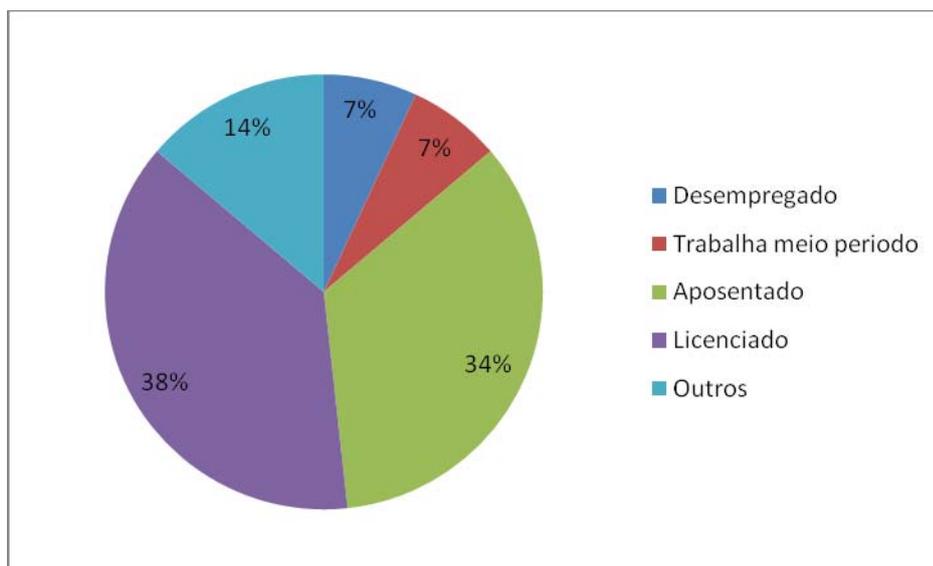


GRÁFICO 3 – Distribuição da situação de trabalho da população estudada – Divinópolis - 2010

Ao analisarmos o GRAF. 3, vemos que a maioria da população encontra-se ou em licença médica (n=11; 38%) ou é aposentada (n=10; 34%). A renda mensal de 62,1% (n=18) da amostra é de no máximo R\$ 1.200,00 e, dentre estes, 13,8% (n=4) recebem até R\$ 600,00/mês (TAB. 3). Além disso, 79,3% (n=23) afirmou ter tido redução de renda devido ao início do tratamento quimioterápico. O número de dependentes variou de 2 a 7 indivíduos, com média de 4,0 e desvio padrão de 1,3 ($3,96 \pm 1,32$) (TAB. 4).

A ocupação doméstica foi a mais frequente entre as mulheres (34,5%, n=10). Dentre os homens foram relatadas as funções de agricultor, motorista, servente de pedreiro e faxineiro.

TABELA 3

Renda dos pacientes que fazem uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma Unidade de Quimioterapia de um Hospital do interior de Minas Gerais (N=29) - Julho/Agosto - 2010

	N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos Até 600	04	13,8	13,8	13,8
De 600 a 1200	14	48,3	48,3	62,1
De 1200 a 2600	08	27,6	27,6	89,7

De 2600 a 4000	03	10,3	10,3	100,0
Total	29	100,0	100,0	

TABELA 4

Número de dependentes da renda familiar de pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma Unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29)
- Julho/Agosto-2010

		N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	2,00	05	17,2	17,2	17,2
	3,00	05	17,2	17,2	34,5
	4,00	09	31,0	31,0	65,5
	5,00	07	24,1	24,1	89,7
	6,00	02	6,9	6,9	96,6
	7,00	01	3,4	3,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

O paciente oncológico enfrenta um embate diário contra o câncer e as toxicidades advindas do seu tratamento. Não bastasse o sofrimento físico e mental, o paciente ainda se defronta com inúmeras outras dificuldades no seu cotidiano. Um grande percentual desta amostra não consegue sustentar condições ideais de trabalho enquanto é submetida ao tratamento, pois é necessário dispor de tempo para a realização de exames, terapias, além da recuperação após as sessões de quimioterapia. Tudo isso influencia intensamente a vida do paciente, gerando ansiedades e incertezas, tanto para o indivíduo doente quanto para seus familiares.

Acredita-se que antes de seu adoecimento, este indivíduo era autônomo e contribuía no orçamento doméstico e, após a doença, tende a ficar impossibilitado de fazê-lo, ocorrendo assim mudanças na rotina familiar e um declínio financeiro em decorrência dos gastos com o tratamento.

Os efeitos econômicos da doença poderão desencadear conseqüências psicológicas e sociais, e assim comprometer a qualidade de vida, bem como adesão ao tratamento. Compete ao enfermeiro, como membro de equipe interdisciplinar,

estabelecer meios de reduzir o impacto destas alterações no dia a dia de seu paciente. Bulechek; Butcher e McCloskey (2010) estabelecem como uma das intervenções de enfermagem para essa situação a “assistência quanto à recursos financeiros” (p. 637). Dentre as atividades propostas para o bom resultado desta intervenção destacam-se, dentre outros:

elaborar um plano de cuidados que estimule o paciente/família a acessar os níveis adequados de atendimento de forma financeiramente mais eficaz; determinar se o paciente pode candidatar-se a programas privilegiados; encaminhar um paciente que tem direito a programas de recursos do governo estadual e federal para as pessoas certas; representar as necessidades financeiras dos pacientes em conferências multidisciplinares, se necessário; cooperar com instituições da comunidade no oferecimento dos serviços necessários ao paciente (BULECHEK; BUTCHER e McCLOSKEY, 2010, p.637).

TABELA 5

Número de pacientes tabagistas em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma Unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29) - Julho/Agosto-2010

		N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	Sim	02	6,9	6,9	6,9
	Não	27	93,1	93,1	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

TABELA 6

Número de pacientes ex-tabagista em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29) - Julho/Agosto-2010

		N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	Sim	08	27,6	27,6	27,6
	Não	21	72,4	72,4	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

TABELA 7

Número de cigarros/dia consumidos por pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia do interior de Minas Gerais - Julho/Agosto-2010

		N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	2,00	02	6,9	20,0	20,0
	3,00	01	3,4	10,0	30,0
	4,00	01	3,4	10,0	40,0
	5,00	01	3,4	10,0	50,0
	6,00	01	3,4	10,0	60,0
	20,00	02	6,9	20,0	80,0
	30,00	01	3,4	10,0	90,0
	41,00	01	3,4	10,0	100,0
	Total	10	34,5	100,0	
Perdidos Sistema		19	65,5		
Total		29	100,0		

Ao analisarmos a TAB. 5 vemos que a maioria da população estudada é de não fumantes com 27 (93,1%), contra apenas 2 (6,9%) de fumantes. Porém, a tabela 6 mostra que 8 (27,6%) eram fumantes anteriormente. O consumo médio de cigarros/dia foi de 11 cigarros ($11,02 \pm 12,92$).

O cigarro é a droga mais utilizada e disseminada no mundo, responsável por 50% de aproximadamente cinco milhões de mortes nos países em desenvolvimento, no ano de 2000. Estima-se que entre 2002 a 2030 as mortes atribuíveis ao tabaco diminuirão em 9% nos países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento haverá aumento em 100%. As mortes relacionadas ao fumo superarão em 50% aquelas causadas por HIV/Aids e o tabaco será responsável por aproximadamente 10% de todas as mortes no mundo neste período. Em 2000, as maiores prevalências de tabagismo no mundo foram encontradas no sexo masculino, ainda que a diferença entre os gêneros tenha diminuído nos países desenvolvidos, ficando em 37% entre homens e 21% em mulheres (MENEZES *et al*, 2002).

Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar são amplamente conhecidos e seu controle é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da saúde pública atualmente. Há fortes evidências de que o tabaco faça parte da

cadeia de causalidade de quase 50 diferentes doenças, destacando-se o grupo das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias (MENEZES *et al*, 2002).

A associação entre o tabagismo e o câncer de pulmão foi sugerida, pela primeira vez, na Inglaterra, em 1927. Em 1950 o trabalho de Doll e Hill citado por Menezes *et al* (2002), além de deixar evidente a íntima relação tabaco-câncer do pulmão, demonstrou o efeito dose-resposta entre o aparecimento da neoplasia maligna do pulmão e a quantidade de fumo consumida pelos pacientes. A mortalidade pelo câncer do pulmão exibe uma relação inversa com a idade do início do tabagismo. Aqueles que começaram a fumar na adolescência têm maior risco de desenvolver a neoplasia do que aqueles que iniciaram com mais de 25 anos. A interrupção do tabagismo reduz o risco do câncer do pulmão. Portanto, a diminuição do risco de se adoecer pelo câncer do pulmão depende do número de anos desde que o hábito de fumar foi abandonado, bem como da carga tabágica prévia. A diminuição do risco é menos significativa entre os pacientes que tiveram grande exposição ao tabaco, fumantes de mais de 20 cigarros por dia, por mais de 20 anos e que tragavam profundamente a fumaça.

No que se refere ao impacto do álcool em pacientes sob tratamento antineoplásico neurotóxico destaca-se o efeito de aditivo entre ambos tendo em vista que a polineuropatia alcoólica é definida como um distúrbio que envolve o funcionamento reduzido dos nervos periféricos (ALFEN; SCHUINT; DIAS, 2009). Na população em estudo, o consumo diário de álcool foi relatado por 3 indivíduos (10,3%) da amostra. Para estes indivíduos deve ser dada maior atenção para a ocorrência e o grau de neuropatia que pode acometê-los e implementar medidas de prevenção o mais precocemente possível, além de conscientizar o paciente sobre os riscos do consumo de álcool associado ao tratamento antineoplásico.

TABELA 8

Consumo passado de álcool entre os pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29)
- Julho/Agosto-2010

N	%	%Válido	% Acumulado
---	---	---------	-------------

Válidos	Sim	02	6,9	6,9	6,9
	Não	27	93,1	93,1	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

TABELA 9

Consumo atual de álcool entre pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29) - Julho/Agosto-2010

		N	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	Sim	03	10,3	10,3	10,3
	Não	26	89,7	89,7	100,0
	Total	29	100,0	100,0	

TABELA10

Frequencia de ingestão de álcool entre pacientes em uso de antineoplásicos neurotóxicos em uma unidade de Quimioterapia do Interior de Minas Gerais, (N=29) - Julho/Agosto-2010

		Frequência	%	%Válido	% Acumulado
Válidos	1 vez por semana	02	6,9	6,9	6,9
	Todos os dias	03	10,3	10,3	17,2
	Total	05	17,2	17,2	24,1
	Não ingerem	24	82,8		
Total		29	100,0		

Acredita-se que muitas doenças são causadas pelo uso contínuo do álcool: doenças neurais – inclusive neuropatias periféricas, mentais, musculares, hepáticas, gástricas, pancreáticas e entre elas o câncer.

De acordo com Guerra, Gallo e Mendonça (2005), a distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere aumento entre os tipos de câncer

associados ao perfil sócio-econômico, hábitos de vida, além de outros fatores de risco como o consumo de álcool. O uso do álcool aumenta ainda mais o risco de câncer de faringe e laringe supraglótica, bem como em outras localizações. Além de agente causal de cirrose hepática, em interação com outros fatores de risco como, por exemplo, o vírus da hepatite B, o alcoolismo está relacionado a 2 - 4% das mortes por câncer. Além de estar relacionado à gênese dos cânceres de fígado, relaciona-se também ao câncer de reto e, possivelmente, mama. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o tipo de bebida (cerveja, vinho, cachaça etc.) é indiferente, pois parece ser o etanol o agente agressor. Mais ainda, o álcool pode levar à deterioração no sistema imune e do sistema nervoso, além de depleção de certos nutrientes que estariam na linha de frente do combate à carcinogênese. Wrensch *et al.* (2003) fizeram um estudo epidemiológico dos fatores de risco associados ao câncer de mama em Marin County, Estados Unidos, e encontraram maior incidência de câncer de mama associado ao maior consumo de álcool.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou o perfil sócio demográfico de uma população que vive sob o risco de neuropatia periférica induzida por antineoplásicos, o qual constitui-se num real problema vivenciado por enfermeiros e demais profissionais de saúde em oncologia. Nota-se que este profissional é o membro da equipe interdisciplinar que estabelece um contato mais próximo com o paciente, seu cuidador e sua família e que, portanto, está mais atento aos riscos estabelecidos por diferentes populações no ambiente quimioterapêutico.

A implementação de corretas intervenções para controle, monitoramento e prevenção da neuropatia induzida por quimioterapia é um desafio diário para toda a equipe. Estudos brasileiros sobre o tema são escassos, assim como metodologias de avaliação destas intervenções também.

Em contrapartida, acredita-se que conhecendo o perfil destes pacientes torna-se possível elencar as informações que possam atingir o nível de compreensão dos envolvidos no processo. Além disso, considera-se possível direcionar tanto paciente quanto familiares ou cuidadores aos serviços complementares oferecidos pela unidade de tratamento oncológico de acordo com a ordem das necessidades pontuais. Isso contribui para o desenvolvimento de um olhar clínico apurado, uma escuta diferenciada e um atendimento de qualidade em um momento inegavelmente difícil para os envolvidos.

Cabe ressaltar que, embora este trabalho tenha ocorrido em curto espaço de tempo e com número limitado de indivíduos, a preocupação com o conhecimento do perfil sócio demográfico dos pacientes pode contribuir para uma melhora no atendimento não apenas de unidades quimioterápicas. Ao contrário, isto pode ser ampliado à quaisquer grupos de pacientes e famílias acometidos por diferentes enfermidades. O objetivo maior deste conhecimento é prover pacientes e envolvidos de informações concisas e compreensíveis sobre seu diagnóstico e prognóstico, assim como implementar intervenções de enfermagem adequadas para a garantia do sucesso do tratamento e da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de propor um

atendimento diferenciado e humanizado, no qual o objetivo seria, além da desmistificação da doença e do tratamento, a correta intervenção e a condução orientada do paciente pelo enfermeiro.

Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos para ampliar a compreensão sobre a neuropatia periférica induzida por quimioterapia e a implementação de protocolos flexíveis e resolutivos no controle dessa toxicidade, com vistas à qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

ACS - American Cancer Society, Inc. 2010. **The history of cancer**. Disponível em: <<http://www.cancer.org/docroot>> Acesso em 27 de junho de 2010.

ALFLEN, D. S.; SCHUINT, N.; OLIVEIRA, J. G. D.; Avaliação fisioterapêutica de paciente institucionalizado acometido por polineuropatia alcoólica. **Ciência & Consciência**, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.ulbrajp.edu.br/seer/inicia/ojs/include/getdoc.php?id=4646&article=2506&mode=pdf>> Acesso em 12 de novembro de 2010.

BONASSA, E. M. A; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed.– Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-159/1993. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>> Acesso em 20 de outubro de 2010.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; MCCLOSKEY, J. **Classificação das intervenções de enfermagem**, Rio de Janeiro: Elsevier. 2010.

CANTINELLI, F. S.; *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de psiquiatria clínica**. 2006; vol.33 n.3, São Paulo. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/124.html>> Acesso em 20 de agosto de 2010.

CAVALETTI G., MARMIROLI, P. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Expert Opinion on Drug Safety*, n.3, v.6, p.535-546. 2004.

CHAUDHRY, V.; *et al.* Peripheral neuropathy from taxol and cisplatin combination chemotherapy: Clinical and electrophysiological studies. **Annals of Neurology**. n. 35 v. 3, p. 304-311, 2004.

CLINICAL TRAILS BRAZIL. **Ctcae** - Common Terminology Criteria for Adverse Events. Disponível em: <<http://www.clinicaltrialsbrazil.com/ctcae> > Acesso em 30 de maio de 2010.

GAMELIN, E.; *et al.* Clinical aspects and molecular basis of oxaliplatin neurotoxicity: current management and development of preventive measures. **Semin Oncol**; n. 29; p.21–33, 2002.

GROTHEY, A. Oxaliplatin-safety profile: neurotoxicity. **Semin Oncol**; n.30, p. 5–13 2003.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA, G. A. e S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005; 51(3): 227-234.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JONHSON, M.; BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; *et al.* **Ligações entre Nanda, Noc, Nic**: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2. ed. 2009. Tradução: Garcez, R.M.

KAPLAN, R. S.; WIERNIK, P. H. Neurotoxicity of antineoplastic drugs. **Sem Onc**, v. n. 9, p.103-130. 1982.

LEHKY, T. J.; *et al.* Oxaliplatin-induced neurotoxicity: acute hyperscibility and chronic neuropaty. **Muscle and nerve**. n. 29. p 387-392. 2004.

_____. Acute oxaliplatin-induced peripheral nerve hyperexcitability. **J Clin Oncol**. 2002; 20:1767–1774. doi: 10.1200/JCO.2002.07.056. [PubMed]

LEONARD, G. D.; *et al.* Survey of oxaliplatin-associated neurotoxicity using an interview-based questionnaire in patients with metastatic colorectal cancer. **BMC Cancer**. v. 5, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>> Acesso em 18 de outubro de 2010.

MARKMAN, M. Chemotherapy-associated neurotoxicity: an important side effect-impacting on quality, rather than quantity, of life. **Journal of Cancer Research and Clinical Oncology**. v. 122, n. 9. p 511-512. 1996.

MENEZES, A. M. B.; *et al.* Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Revista de Saúde Pública**, n. 36(2), p. 129-34, 2002.

National Cancer Institute (NCI). **Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)**. Versão 4.02. Department of Health and Human Services, EUA, 2009. Disponível em: < <http://www.nci.nih.gov>> Acesso em 18 de outubro de 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2007-2008. Organizado por NANDA. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.

PINA, A. P. B. **Investigação e estatística** – definição do desenho do estudo. Gabinete de investigação e Estatística. Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e Toxicodpendência, 2005. Disponível em:< <http://www.saudepublica.web.pt/03-investigacao/031-epiinfoinvestiga/desenho.htm>>. Acesso em 20 de outubro de 2010.

PISANI, P.; BRAY, F.; PARKIN, D. M. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. **Int J Cancer**. n . 97, v. 1, p. 72-81, 2002.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los. **Rev Latino-am Enfermagem** ; n.12. v.3: p.511-7. maio/jun. 2004.

SILVA, D. A.; GOMES, E. S. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Ambulatório de Quimioterapia – a experiência do Hospital São João de Deus. **IV Simpósio Mineiro de Enfermagem e Farmácia em Oncologia**. Pôster. 2007.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature **International Journal of Nursing Studies**, n. 35, v.1-2, p. 1-12. 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SNYDERS, G. **A alegria na escola**, São Paulo: Manole, 1988.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Cancer Institute. **Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)** Version 4.02. Disponível em: < <http://www.nci.nih.gov>>. Acesso em 18 de outubro de 2010.

VELASCO; R; BRUNA, J. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an unresolved issue. **Neurologia**. n. 25, v. 2. P. 116-131. 2010.

VERSTAPPEN C.C.P.; *et al.* Neurotoxic Complications of Chemotherapy in Patients with Cancer: Clinical Signs and Optimal Management. **Drugs**, n. 63, v.15, p.1549-1563. 2003.

VISOVSKY C. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. **Cancer Investigation** n. 21, v.3.p. 439-451. 2003

_____ ; *et al.* Putting Evidence Into Practice - Evidence-Based Interventions for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. **Clinical Journal of Oncology Nursing**; v. 11, n. 6, p:901-913. 2007

YILDIRIM, Y.; KOCABIYIK. S. A relação entre suporte social e solidão em pacientes turcos com câncer. **J Clin Nurs.**; n.19, v.5-6. p:832-839. mar/ 2010.

WAMPLER, M. A.; ROSENBAUM, E. H. Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy Fact Sheet. **Cancer Supportive Care Programs**. Disponível em: < <http://www.cancersupportivecare.com>>. Acesso em 27 junho 2010.

WRENSCH, M., *et al.* Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. **Breast Cancer Res** 5; 2003.

WHO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cancer**. Ficha N ° 297, Fev 2009. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> > Acesso em 10 de novembro de 2010.

APÊNDICE A
FORMULÁRIO PARA INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS

1- **Iniciais:**_____ **Código:**_____

Data:_____

2- **Idade:**_____

3- **Estado civil:** () solteiro () casado (há quanto tempo?_____)
() Divorciado/ Separado (há quanto tempo?_____)
() Viúvo (há quanto tempo?____)

6- **Você estudou?** () Não
() Sim () ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo
() ensino médio incompleto
() ensino médio completo
() Universidade/Faculdade incompleta
() Universidade/ Faculdade completa
() Pós graduação (

especifique:_____)

7- **Sua situação de trabalho no momento:**

() Desempregado () Trabalha meio período (até 30 horas) ()
Aposentado
() Trabalha em período integral (mais de 30hs por semana) () Em
licença médica
() outra situação:_____

8- **Qual a sua ocupação profissional?**

9- **A renda mensal, da sua família, é aproximadamente:**

() Até R\$600,00 () de R\$600,00 até R\$1200,00
() de R\$ 1200,00 até R\$ 2600,00 () R\$2600,00 até R\$4000,00
() R\$4.000,00 a R\$ 6000,00 () Acima de R\$6000,00

9.1 **Houve redução da renda familiar após a sua doença?** () Sim
() Não

9.2- **Quantas pessoas da família são dependentes dessa renda?**

12- **Tabagista** () Sim Quantos cigarros/dia?_____ Há quanto
tempo?_____() Não

13- **Costuma beber:** () 1 vez / semana () 2 a 3 vezes/semana () 4
a 5 vezes
() todos os dias () Não bebe

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (Em duas vias, sendo uma para o sujeito da pesquisa)

Eu, _____
 _____, do sexo _____,
 de _____ anos de _____ idade,
 residente _____, de
 profissão _____ e RG
 _____, declaro ter sido informado detalhadamente sobre a
 pesquisa intitulada *PERFIL DOS PACIENTES EM USO DE ANTINEOPLÁSICOS NEUROTÓXICOS
 EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO* que tem como objetivo identificar o
 perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes em uso de antineoplásicos
 citostáticos potencialmente neurotóxicos.

Declaro também estar devidamente esclarecido sobre a neutralidade dos entrevistadores e objetivos do estudo e que os procedimentos a serem realizados não são invasivos.

Durante a pesquisa *PERFIL DOS PACIENTES EM USO DE ANTINEOPLÁSICOS NEUROTÓXICOS EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO* serei submetido aos seguintes procedimentos: questionário sócio demográfico e questionário de situações clínicas.

Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício, e sei que posso saber informações sobre a pesquisa em qualquer momento com a pesquisadora e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus / FGC ou da Universidade Federal de Minas Gerais.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato em todas as etapas do estudo, e de que a pesquisadora manterá estes dados arquivados durante um período mínimo de 5 anos a contar da data inicial.

 Assinatura do sujeito de pesquisa

 Assinatura da testemunha

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Pesquisador responsável

Eu, _____.,

responsável pelo projeto *PERFIL DOS PACIENTES EM USO DE ANTINEOPLÁSICOS NEUROTÓXICOS EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO*, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para realizar este estudo.

Assinatura _____

_____/_____/_____

Contatos dos Pesquisadores:

Nome: Elenice Ribeiro Dias de Paula Lima

Telefones: (31) 3223 6651

Nome: Késsia Rubia Alves

Telefone: (37) 3229 7607

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus / FGC

(Comitê de ética onde foi apresentado e aprovado o projeto para informações)

Endereço: Rua do Cobre, 800 – cep 35500-227 – Divinópolis/MG

Telefone: (37) 3229.7401

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II- 2º andar –
Sala 2005

Cep 31270-901

Belo Horizonte/MG Telefax (31)3409 4592

email:coep@prpq.ufmg.br