

Pain evaluation in cancer patients admitted to a teaching hospital of the Northeastern region of Brazil*

Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil

Antonio Douglas de Lima¹, Inês de Oliveira Maia¹, Iran Costa Junior¹, Jurema Telles de Oliveira Lima¹, Luciana Cavalcanti Lima¹

*Recebido do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is a consequence of cancer generating distress and decreased quality of life. It is a poorly managed and neglected symptom by physicians and other health professionals worldwide. Effective pain management is everyone's duty and a patient's right. This study aimed at describing pain control in patients admitted to the Clinical Oncology Ward.

METHODS: This is a prospective cross-sectional study carried out from May 2010 to October 2011.

RESULTS: Participated in the study 150 patients, being 65.3% females and 81% aged above 40 years. Most common tumors were cervical cancer (15.3%) and advanced disease (80.6%). Pain was classified as visceral for most patients (46.7%). Common analgesics (90.7%), strong opioids (51.3%), palliative sedation (4%) and non-pharmacological therapy (34.1%) were used to control pain. There has been a high number of patients with uncontrolled pain at admission (70%) and with adequate control in the last day (84%). Neuropathic pain was more frequent among patients above 60 years of age where there has also been less control.

CONCLUSION: There has been a higher prevalence of female patients with cervical cancer and with more advanced disease. Most frequent pain was nociceptive and visceral, however neuropathic pain was the most difficult to control. The conclusion was that there has been adequate pain control in patients admitted to the cancer ward.

Keywords: Analgesia, Pain, Pain measurement, Therapy.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é uma das consequências do câncer, que gera sofrimento e diminuição na qualidade de vida. É um sintoma mal conduzido e negligenciado por médicos e outros profissionais de saúde em todo o mundo. O manuseio eficaz da dor é um dever de todos e um direito do paciente. O objetivo deste estudo foi descrever o controle da dor nos pacientes internados na Enfermaria da Oncologia Clínica.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo prospectivo do tipo corte transversal, no período de maio de 2010 a outubro de 2011.

RESULTADOS: Foram estudados 150 pacientes, 65,3% eram do gênero feminino e 81% com idade acima de 40 anos. As neoplasias mais encontradas foram câncer do colo uterino (15,3%), e com doença avançada (80,6%). A dor foi classificada como visceral na maioria dos pacientes (46,7%). Para controle da dor foram utilizados fármacos analgésicos comuns (90,7%) e opioides fortes (51,3%), sedação paliativa (4%) e terapia não farmacológica (34,1%) dos pacientes. Houve alta taxa de pacientes com dor não controlada no momento inicial da internação (70%), e com controle adequado no último dia (84%). A dor neuropática foi mais frequente em pacientes maiores de 60 anos e houve menor controle.

CONCLUSÃO: Houve maior prevalência de pacientes do gênero feminino, com câncer de colo uterino, e com doença mais avançada. A dor mais encontrada foi nociceptiva, de caráter visceral, no entanto, a dor neuropática foi de mais difícil controle. Concluiu-se que houve um controle adequado da dor nos pacientes internados na enfermaria de oncologia.

Descritores: Analgesia, Dor, Medição da dor, Terapia.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo¹. Uma das consequências do câncer é a dor, que além do sofrimento gera diminuição na qualidade de vida². A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que todos os pacientes com dor devem receber analgesia adequada e que em 90% dos pacientes pode ser obtido um controle efetivo³. Porém, a dor é um sintoma ainda mal conduzido e negligenciado pelos médicos e outros profissionais de saúde em todo o mundo⁴. Dados da OMS demonstram que mais de 70% de todas as mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda. Nesses países há uma elevada proporção de pacientes que são

1. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

Apresentado em 27 de maio de 2013.

Aceito para publicação em 27 de novembro de 2013.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Antonio Douglas de Lima
Rua Professor Mario de Castro, 389/1502 – Boa Viagem
51030-260 Recife, PE, Brasil.
E-mail: antoniodoug@gmail.com

diagnosticados em estágios avançados da doença, em que a dor é um sintoma muito prevalente¹.

A prevalência de dor nos pacientes com câncer é estimada entre 25 e 50% para pacientes recém-diagnosticados, entre 33 e 80% para os pacientes que estão em tratamento de sua doença, e em torno de 75 e 100% para aqueles em estado avançado e terminal². Os mecanismos de causa da dor se relacionam ao tumor primário ou metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de diagnóstico, podendo ainda estar relacionados a causas psicossociais⁶. A OMS mostra números aproximados de 10 a 17 milhões de novos casos de câncer/ano no mundo. Desses, aproximadamente 50% irão a óbito e cerca de 70% sofrerão de dores crônicas, sendo 70% com dor moderada a intensa e 30% com dores intensas¹.

Um dos maiores problemas para tratar a dor está na dificuldade de diagnosticá-la e mensurá-la. A OMS orienta o tratamento da dor por passos ou degraus que guiam a escolha terapêutica de acordo com a sua intensidade³. Para amenizar as dificuldades da avaliação da intensidade da dor, a OMS e a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) criaram instrumentos (escalas) visando estabelecer um padrão internacional e para transformar um sintoma subjetivo em um dado objetivo e, assim, orientar a escolha do seu tratamento³. O manuseio eficaz da dor é um dever de todo profissional de saúde e um direito do paciente.

O objetivo deste estudo foi descrever a avaliação e tratamento da dor nos pacientes oncológicos internados nesta instituição.

MÉTODOS

Realizou-se estudo prospectivo do tipo corte transversal, na própria instituição, no período de maio de 2010 a outubro de 2011. Foram incluídos os pacientes internados na enfermaria do serviço de Oncologia Clínica, admitidos durante a semana, com idade igual ou superior a 18 anos e que, durante a internação, apresentavam dor relacionada à doença oncológica. Pacientes admitidos em fins de semana não foram incluídos. Os critérios de exclusão foram pacientes com alteração da cognição ou outra condição clínica que impossibilitasse a compreensão da escala analógica visual (EAV). Considerou-se dor relacionada à doença oncológica associada ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anticancerosa e aos métodos de diagnóstico. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário aplicado aos pacientes. As entrevistas foram realizadas no dia da internação, que correspondia ao dia zero e nos dias 2, 4 e 8, dependendo da sua duração.

Para caracterizar a amostra foram coletadas as seguintes variáveis: gênero, idade, doença de base (neoplasia), estadiamento baseados nos critérios da *Union for International Cancer Control* (UICC). A dor foi caracterizada de acordo com sua intensidade e tipo. Para mensuração da intensidade utilizou-se a EAV. Nessa escala numerada de zero a 10, zero corresponde à ausência de dor e 10 à dor máxima sentida pelo paciente. Para efeito de análise, a dor foi classificada em dor leve (EAV = 0-3), moderada (EAV = 4-6) e intensa (EAV = 7-10). O tipo de dor foi classificado de acordo com a qualidade do estímulo fisiológico causador em nociceptiva (visceral e somática), neuropática, simpaticomimética ou mista (associação de características de dois ou mais tipos de dor), segundo as características de dor descritas pelo paciente no momento da entrevista.

Foram avaliados ainda, o uso de fármacos analgésicos (analgésicos comuns, opioides fracos e fortes, fármacos adjuvantes), de bifosfonatos, de sedação paliativa, os tratamentos não farmacológicos (intervenção cirúrgica, radioterapia, outros) e a adequação do tratamento da dor. Foram avaliados os tipos de câncer e seu estadiamento, de acordo com a Classificação de Tumores Malignos (TNM). A dor foi considerada como adequadamente tratada quando o paciente, depois de iniciado o tratamento, referia ausência de dor ou dor leve (EAV = 0-3).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife/PE, protocolo nº 1748/2010.

RESULTADOS

Foram estudados 150 pacientes, dos quais 65,3% eram do gênero feminino e 34,7% do gênero masculino. A maioria (81%) dos pacientes tinha mais de 40 anos, sendo que 42% tinham idade maior ou igual à 60 anos. A maioria dos pacientes tinha doença avançada, com estadiamento IV (80,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil epidemiológico dos pacientes internados com dor na enfermaria de oncologia clínica

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
< 40	28	18,7
40 – 60	59	39,3
≥ 60	63	42,0
Gênero		
Masculino	52	34,7
Feminino	98	65,3
Estadiamento (quanto ao TNM)		
I	1	0,7
II	6	4,0
III	22	14,7
IV	121	80,6

TNM: Classificação de Tumores Malignos; (T: tumor primário, N: linfonodos, M: metástases).

As neoplasias mais comumente encontradas foram: câncer do colo uterino (15,3%), câncer de mama (10,1%) e câncer de próstata (8,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos principais diagnósticos dos pacientes internados com dor na enfermaria de oncologia clínica

Diagnóstico principal	n	%
Câncer de colo uterino	23	15,2
Câncer de mama	16	10,6
Câncer de próstata	13	8,6
Linfoma	10	6,7
Câncer em área indeterminada	10	6,7
Outros	78	53,2

A análise mostrou que dos 150 pacientes avaliados, 70 (46,7%) tinham dor visceral, 35 (23,3%) tinham dor somática, enquanto 26 (17,3%) tinham dor neuropática e 19 (12,7%) tinham dor de caráter misto (Figura 1).

Dentre os fármacos mais utilizados para controle da dor, os analgésicos não opioides foram administrados com maior frequência (90,7%), seguidos dos opioides fortes em 51,3% dos casos. Analgésicos adjuvantes foram utilizados em 31,3% dos casos e, em 4% utilizou-se sedação paliativa. Nos pacientes com dor neuropática houve maior uso de opioides fortes (76,9%), e 61,5% dos pacientes fez uso de fármacos adjuvantes (Figura 2).

Os bifosfonatos foram usados em 12,7% e a terapia não farmacológica (radioterapia, cirurgia) em 34,7% dos pacientes e um paciente fez uso de acupuntura (0,7%). Nos pacientes com dor neuropática houve maior uso da radioterapia (42,3%) e bifosfonatos (38,5%) (Figura 3).

Com relação ao controle da dor, observou-se alta taxa de pacientes com dor não controlada (70%) no momento da internação (dia zero). Houve melhora na taxa de controle da dor dos pacientes nos dias subsequentes, 2, 4 e 8, sendo que em 84% dos pacientes, a dor foi considerada de controle adequado e 15% de dor não controlada (Figura 4).

Em relação ao tipo de dor, a incidência variou de acordo com a idade dos pacientes. As dores do tipo somática, visceral e mista, predominaram em pacientes com menos de 60 anos, enquanto que a dor neuropática foi mais frequente nos pacientes com mais de 60 anos (62%). Os pacientes com dor tipo neuropática tiveram o menor controle da dor no ultimo dia do estudo (D8), com uma taxa de 29,4% de dor não controlada.

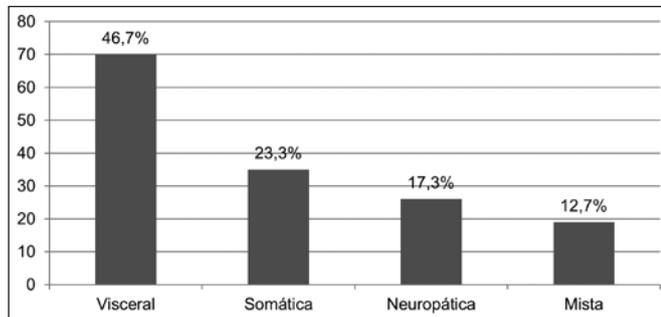


Figura 1. Distribuição dos tipos de dor dos pacientes internados com dor na enfermaria de oncologia clínica (n=150)

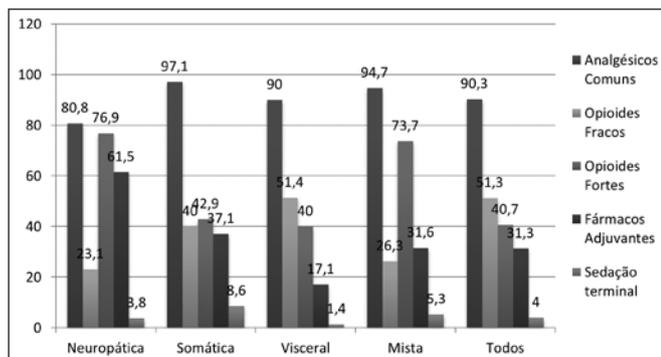


Figura 2. Distribuição percentual dos tipos de tratamentos farmacológicos utilizados de acordo com os tipos de dor dos pacientes internados

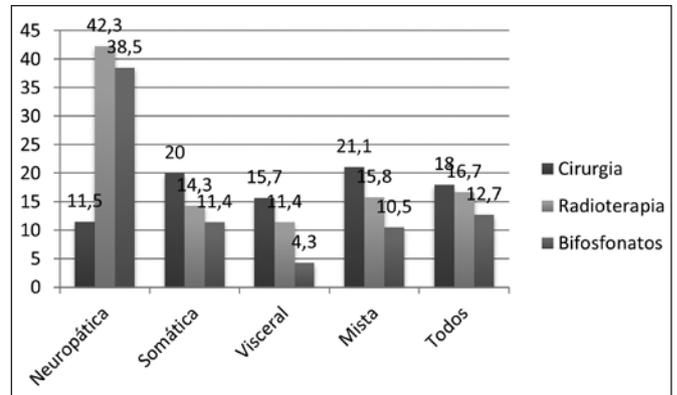


Figura 3. Distribuição do percentual dos tipos de tratamentos e fármacos não analgésicos (bifosfonatos) utilizados, de acordo com os tipos de dor dos pacientes internados

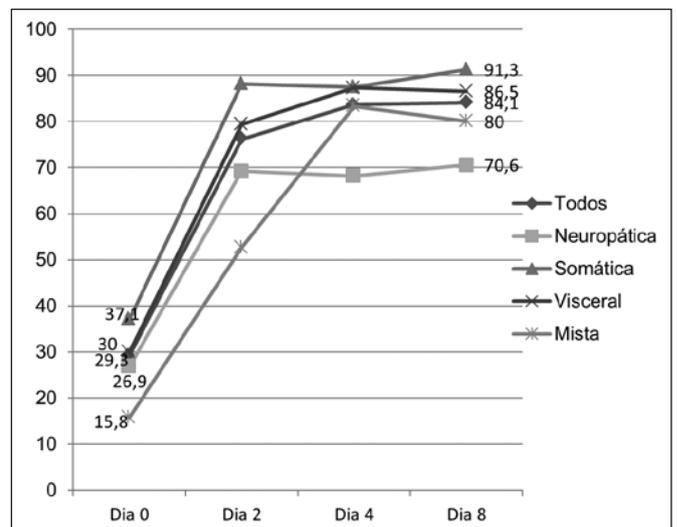


Figura 4. Taxa de controle da dor de acordo com o dia de internação (D₀, D₂, D₄ e D₈) dos pacientes com diferentes tipos de dor na enfermaria de oncologia clínica

DISCUSSÃO

A análise dos dados epidemiológicos do estudo mostra que dentre os pacientes internados com dor na enfermaria a maioria era do gênero feminino. Esses dados estão de acordo com a literatura, que demonstra diferenças sexuais nas respostas nociceptivas e percepção de dor (aguda e crônica) nos seres humanos, havendo maior prevalência entre as mulheres⁷. Há contribuições biológicas e psicossociais para as diferenças sexuais nas respostas à dor.

O presente estudo mostrou que 81,3% dos pacientes tinham idade acima de 40 anos e 42% tinham mais de 60 anos, de acordo com outros estudos que demonstram uma associação do câncer e de suas complicações com o aumento da idade⁸. Idosos têm maior incidência de doenças oncológicas, o que pode ser explicado pela longa exposição a agentes causadores de câncer, como álcool e tabaco e exposição a infecções virais ou bacterianas, como também, pela falência dos mecanismos de controle e reparo à lesão celular. Em geral, o diagnóstico é mais tardio, com doenças em estágio mais avançado e com presença de metástases⁹.

Um dado preocupante da análise é que 95,3% dos pacientes tinham doença nos estágios III ou IV, ou seja, os mais avançados da classificação de estadiamento da UICC. Vários estudos relacionam o aumento da incidência de dor no câncer com a condição clínica dos pacientes (*status performance*) e com o estado avançado da doença neoplásica⁹. O estado mais avançado da doença é associado à maior extensão da doença, compressão de órgãos adjacentes, maior incidência de metástases ósseas, entre outros.

Documentou-se que os tumores mais prevalentes foram: câncer do colo uterino (15,2%), câncer de mama (10,6%) e câncer de próstata (8,6%). A maior frequência dos tumores do colo uterino observada é explicada pelo fato de que a cidade de Recife e a região Nordeste têm altas incidências de câncer do colo uterino quando comparadas a outras regiões do Brasil e do mundo. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2012 foram 17.540 casos dessa neoplasia no Brasil, e desses 5.050 (28%) no Nordeste e 970 (6%) no estado de Pernambuco¹⁰. As frequências observadas de câncer de mama e próstata também seguem as estatísticas nacionais. A estimativa para o ano de 2012 no Brasil de acordo com o INCA foi de 52.680 casos de câncer de mama e 60.180 casos de câncer de próstata no Brasil e destes foram 2.190 casos de mama e 2.310 casos de próstata em Pernambuco¹⁰.

No momento da internação (Dia 0), os tipos de dor mais encontrados foram a visceral e a somática (nociceptivas). As dores de causas nociceptivas são as mais frequentemente encontradas nos pacientes com câncer e o envolvimento direto pelo tumor é a causa principal (70%), e em 17% a dor esta relacionada com o tratamento antitumoral¹¹. Outro aspecto observado foi que as dores nociceptivas (somática e visceral) prevaleceram entre os pacientes abaixo de 60 anos, enquanto que a dor neuropática apareceu como o tipo mais frequente entre os idosos.

Em relação às terapias empregadas, analgésicos comuns (90,7%), e opioides fortes (51,3%) foram os fármacos mais utilizados. Em 31,3% dos pacientes foi necessário o uso de fármacos analgésicos adjuvantes, em 16,7% foi realizado algum procedimento cirúrgico com finalidade analgésica e 18% radioterapia. Somente 4% dos pacientes deste estudo foram submetidos a sedação terminal devido a dor refratária. Esses resultados mostram que houve um grande uso de opioides fortes para o tratamento dos pacientes internados. Esses dados conflitam com os da OMS que afirmam haver uma subutilização de morfina e derivados no mundo e no Brasil¹¹. A OMS utiliza o consumo de morfina, medido em miligrama *per capita*, como indicador da qualidade do tratamento da dor, relatando um consumo médio de 5,98mg/per capita no mundo e 3,51mg/per capita no Brasil¹². O maior uso de opioides fortes nesses pacientes talvez se justifique pela maior proporção de pacientes com tumor avançado (90%); pelo alto percentual de dor intensa e moderada (70,7%); e pela presença de protocolos que em oncologia orientam para maior agressividade no tratamento da dor.

Com relação ao controle da dor, no momento da admissão, 70,7% dos pacientes tinham a dor não controlada e de moderada e grave intensidade. A elevada prevalência de dor de forte intensidade no momento da admissão também foi observada por outros autores. Estudo¹³ revisando estudos dos últimos 30 anos, evidenciou prevalência de dor no momento da entrevista inicial entre 43 e 91%, e com intensidade de moderada a grave em 17 a 88,5%. Nas ava-

liações subsequentes dos pacientes, o controle da dor no 8º dia foi considerado adequado em aproximadamente 86,5% dor visceral, 91,3% com dor somática, 70,6% dos pacientes com dor neuropática e 80,0% dos pacientes com dor mista.

Diversos estudos demonstram que 25% das dores neuropáticas não são controladas, mesmo em centros de excelência⁴⁻¹⁴. A dor neuropática é de difícil tratamento e em geral há necessidade de associação de terapias farmacológicas e não farmacológicas para seu controle adequado¹⁴. Estudo¹⁵ observou 50% de controle da dor com uso de fármaco único. Dentre os pacientes com dor neuropática, 61,5% receberam fármacos adjuvantes, 76,9% opioides fortes, 42,3% foram submetidos à radioterapia e 38,5% utilizaram bifosfonatos. O uso de opioides fortes em pacientes com dor neuropática apresenta resposta variável e menor efetividade¹⁶. Autores¹⁶ demonstraram que para o controle da dor neuropática são necessárias doses elevadas de opioides com conseqüente aumento na incidência de efeitos adversos. A associação de fármacos, como anticonvulsivantes e/ou antidepressivos, opioides e corticoides, é a melhor forma de tratamento desse tipo de dor, devendo, portanto, ser uma estratégia estimulada para seu melhor controle.

Esses dados demonstram uma dificuldade dos profissionais de saúde na condução de pacientes com dor. Dois estudos documentam dados sobre o preparo dos profissionais de saúde para o tratamento da dor. Um estudo relata que 50% dos médicos nos EUA se consideram pouco preparados e 27% muito despreparados para o tratamento da dor¹⁷, enquanto outro estudo evidencia que até 80% dos estudantes de medicina pelo mundo não recebem treinamento sobre o uso de opioides¹⁸. Esses dados mostram o déficit de aprendizado dos profissionais de saúde sobre analgesia, e que a dor continua sendo um sintoma mal conduzido.

O principal viés deste estudo é que foi desenvolvido em uma enfermaria de oncologia, em um hospital que recebe pacientes de baixa condição social e em uma cidade com precária atenção básica de saúde. Isto pode proporcionar um aumento na incidência de tumores do colo uterino, doença mais avançada e também de dor mal controlada. Poderia ter sido utilizada uma escala multidimensional para avaliação da dor, mas optou-se pela EAV porque a própria OMS a recomenda pela simplicidade e facilidade de compreensão.

CONCLUSÃO

Houve um controle adequado da dor nos pacientes internados na enfermaria de oncologia desse serviço, com maior prevalência de pacientes do gênero feminino, com câncer de colo uterino, e com doença mais avançada. O tipo de dor mais encontrada foi dor nociceptiva, de caráter visceral, no entanto, a dor neuropática foi de mais difícil controle. A reprodução deste estudo em outros serviços pode gerar maior conhecimento e aprendizado sobre analgesia e assim melhorar o tratamento dos pacientes com câncer.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The World Health Organization's Fight against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care. 2007.
2. World Health Organization (WHO). Palliative care: cancer control knowledge into action. 2007.
3. World Health Organization: Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd ed. Geneva: Switzerland: WHO, 1996.

4. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;19(12):1985-91.
5. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(3):157-82.
6. Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da dor. Ministério da Saúde, 2002.
7. Miaskowski C, Gear RW, Levine JD. Sex-related differences in analgesic responses. In: Fillingim RB, (editor). Sex, gender, and pain, progress in pain research and management. Seattle: IASP Press; 2000. 209-30p.
8. World Health Organization (WHO). The World Health Organization's Fight against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care. 2007.
9. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(4):212-36.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Estatísticas 2012. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
11. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. 320p.
12. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Descripción de la disponibilidad de opiáceos em América Latina. Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2006.
13. Sawyer J, Haslam L, Robinson S, Daines P, Stilos K. Pain prevalence study in a large Canadian teaching hospital. *Pain Manag Nurs*. 2008;9(3):104-12.
14. Jensen TS, Finnerup NB. Management of neuropathic pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007;1(2):126-31.
15. Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet*. 1999;353(9168):1959-64.
16. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain*. 2007;132(3):237-51.
17. Pizzo PA, Clarck NM. Alleviating suffering 101--pain relief in the United States. *N Engl J Med*. 2012;19(3):197-9.
18. Lamas D, Rosenbaum L. Painful inequities--palliative care in developing countries. *N Engl J Med*. 2012;366(3):199-201.