U.PORTO

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

Avaliação da Dor em Pacientes com Cancro

André Amato Valois

M

2020

Avaliação da Dor em Pacientes com Cancro

André Amato Valois

Dissertação do 2° Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre em Cuidados Paliativos sob orientação do Professor Doutor José António Ferraz Gonçalves, MD, MSc, Phd, diretor do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil e Professor Associado Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Porto,

Setembro de 2020.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ferraz Gonçalves, pela disponibilidade, pela paciência e pelos ensinamentos que passou ao orientar este trabalho.

Aos meus pais, Sandra e Roberto, pelo exemplo que sempre foram e por tudo que sempre fizeram por mim.

Aos meus familiares, especialmente ao Marcelo, meus irmãos Luísa, Bruno e Bernardo, e à minha avó Rilda, pelo apoio e carinho que passam, mesmo à distância.

À minha esposa Rachel, por ser minha eterna companheira, e pela ajuda fundamental que prestou para a conclusão desta tese.

ÍNDICE

Agradecimentos……..**III**
Lista das Figuras……**VI**
Lista das Tabelas...……...**VII**
Lista das Abreviaturas..……....**VIII**
Resumo……**IX**
Abstract.……...**X**
Introdução……..**11**
Objectivos.…...……..**19**
Métodos…...……**20**
Desenho do Estudo……..20
População Estudada……20
Amostra Populacional……..20
Critérios de Inclusão……...20
Critérios de Exclusão……..20
Tamanho da Amostra……21
Seleção da Amostra……...21
Recolha de Dados……21
Análise de Dados……..22
Considerações Éticas……...22
Resultados………..**24**
Características Demográficas……..……...25
Características da Doença……..……....25
Sítio Primário do Tumor……25
Presença de Metástases……...26
Intenção de Tratamento……..26
Características dos Médicos……..……....29
Proporção de Documentação da Dor…..……...29
Diferenças na Proporção de Documentação da Dor……..30

Pelas Características Demográficas……....30
Pelo Sítio Primário do Tumor……....30
Pela Presença ou Ausência de Metástases…….....30
Pela Intenção de Tratamento……31
Pelo Sexo dos Médicos…….....31
Pela Especialidade dos Médicos…….....31
Análise das Prescrições Analgésicas…….....31
Discussão……..…….**33**
Pontos Fortes e Limitações…….....36
Perspetivas Futuras.……37
Conclusão…….....**39**
Referências Bibliográficas…….....**40**
Anexos…….....**43**
Anexo I…….....43

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1: A Escada Analgésica……...13

Figura 2: Escalas de Avaliação da Dor……..17

Figura 3: Fluxograma de Seleção dos Pacientes……....24

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1: Barreiras para o Tratamento da Dor Oncológica…….....15

Tabela 2**:** Registo de Dor nas Duas Consultas Segundo Sexo, Faixa Etária e Sítio Primário do Tumor……25

Tabela 3: Registo de Dor de Acordo com Presença de Metástases, Intenção de Tratamento, Sexo e Especialidade do Médico nas Primeiras Consultas……27

Tabela 4: Registo de Dor de Acordo com Presença de Metástases, Intenção de Tratamento, Sexo e Especialidade do Médico nas Segundas Consultas…….....28

Tabela 5: Estatísticas de Documentação da Dor nas Duas Consultas…….....29

Tabela 6: Estatísticas das Prescrições Analgésicas……32

Tabela 7: Analgesia Documentada de Acordo com a Presença de Dor……..32

LISTA DAS ABREVIATURAS

OMS: Organização Mundial da Saúde

DO: Dor Oncológica

CP: Cuidados Paliativos

AINEs: Anti-Inflamatórios não-Esteróides.

IPO-Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE.

RESUMO

Introdução: Entre todos os pacientes com cancro, 38% sofrem de dor moderada a intensa e 32% recebem um tratamento analgésico insuficiente, o que tem um impacto negativo na qualidade de vida desta população. Apesar da eficácia comprovada das diretrizes atuais, várias barreiras impedem que estes pacientes recebam uma analgesia satisfatória. Uma das principais causas é a avaliação sintomática inadequada: muitos médicos não perguntam sobre a dor de forma rotineira e escalas validadas de medição da dor raramente são utilizadas nas consultas. Além disso, algumas características dos pacientes, seus respetivos médicos e da própria doença parecem influenciar nas probabilidades de avaliação e documentação adequados da dor. No entanto, não conhecemos estudos recentes que avaliem estas práticas em Portugal, ou como elas afetam a qualidade das prescrições analgésicas. **Objetivos:** Primariamente, determinar a frequência de avaliação da dor pelos médicos do maior centro oncológico de Portugal nas consultas iniciais de pacientes com cancro. Como objetivos secundários, pretendemos avaliar a frequência de registo da dor com escalas validadas, analisar as características dos pacientes e dos médicos que influenciam na documentação da dor, e determinar se os pacientes que têm a sua dor identificada recebem tratamento analgésico adequado. **Métodos:** Estudo observacional transversal, através da análise retrospetiva de processos clínicos de pacientes atendidos em consultas externas do maior hospital oncológico de Portugal. Revisamos a primeira e a segunda consultas de 350 pacientes adultos com cancro quanto ao registo de dor e à utilização de escalas validadas. A frequência de registo da dor foi comparada de acordo com características dos pacientes e dos médicos, e as prescrições analgésicas em cada consulta foram subsequentemente analisadas. **Resultados:** 58% dos pacientes não tinham uma avaliação da dor documentada na sua primeira consulta, assim como 48% na segunda consulta. Em 2% dos atendimentos foram utilizadas escalas validadas. Dos pacientes que tiveram algum grau de dor identificado, 54% não tinham analgesia prescrita na primeira consulta, assim como 28% na segunda. **Conclusões:** Muitos dos pacientes avaliados tiveram sua dor mensurada ou tratada de forma inadequada. Todos os doentes com cancro devem ser regularmente avaliados quanto à dor com escalas validadas para um alívio sintomático satisfatório. No entanto, são necessárias ações adicionais para diminuirmos a atual proporção de pacientes com dor não-controlada, como melhor treinamento dos médicos sobre a farmacologia analgésica e integração precoce dos cuidados paliativos durante o tratamento oncológico.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Dor Oncológica, Analgesia.

ABSTRACT

Introduction: Among all cancer patients, 38% suffer from moderate to severe pain and 32% receive insufficient pain treatment, which has a burdensome impact on their quality of life. Despite the proven effectiveness of the current guidelines, several barriers preclude cancer patients from receiving adequate analgesia. One of the main causes is poor symptom assessment: many physicians do not ask about pain routinely and validated measurement scales are rarely used in consultations. Moreover, some characteristics of patients, their respective doctors, and the disease itself appear to influence on the quality of pain assessment, documentation, and treatment. To our knowledge, there are no recent studies that determine the frequency and influencing factors of cancer pain documentation by physicians in Portugal, and how this affects their analgesic prescriptions. **Objectives:** Primarily, to determine the frequency of pain assessment documentation by physicians in Portugal during initial cancer patients' consultations. The secondary objectives were to determine the frequency of pain registration using validated scales, to analyze patients' and doctors' characteristics influencing pain documentation, and to determine if pain is adequately treated once it is identified. **Methods:** Cross-sectional observational study, through retrospective analysis of outpatients' electronic medical records. The first and second scheduled consultations of 350 adult outpatients with cancer, in the largest oncology hospital in Portugal, were reviewed for any documentation of pain assessment, with or without validated measurement scales. Pain assessment frequency was compared according to recorded patients' and physicians' characteristics, and prescriptions for pain relief at each consultation were subsequently analyzed. **Results:** 58% of patients had no pain assessment documented in their first visit, as well as 48% in their second visit. In only 2% of medical consultations, a validated pain measurement tool was used. Among the patients who had some degree of pain identified and documented, 54% did not receive a pain relief prescription in their first visit, as well as 28% in their second visit. **Conclusions:** An alarming number of patients did not have their pain measured systematically. Additionally, many patients that reported feeling pain did not receive a prescription for pain relief. All Cancer patients should be regularly assessed for pain with validated measurement tools. However, additional actions are needed to solve the current state of undertreatment, such as better pain management training for physicians and early palliative care integration during cancer treatment.

Keywords: Palliative Care, Cancer Pain, Analgesia.

INTRODUÇÃO

No ano de 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma estimativa de 18.1 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo e 9.6 milhões de mortes resultantes da doença[1]. A Europa representa 23.4% dos diagnósticos e 20.3% dos óbitos, embora contribua com apenas 9% da população mundial[1]. Isto se deve, em primeiro lugar, a um fenómeno demográfico: com o progressivo envelhecimento populacional observado no continente, a proporção de pessoas que desenvolvem tumores malignos ao longo da vida tende a aumentar[1]. Além disso, estes números são o reflexo da diminuição recente das taxas de mortalidade por outras causas nesta região, como as cardiovasculares e infeciosas, quando comparadas com o cancro[1]. Por último, existe a contribuição das mudanças progressivas dos padrões de estilo de vida no ocidente, como o aumento do sedentarismo e da obesidade na população geral, além do tabagismo entre as mulheres, que são fatores de risco para o desenvolvimento de alguns dos tumores mais prevalentes[1]. Em Portugal, foram calculados 58199 novos casos em 2018, com um aumento constante da taxa de incidência em torno dos 3% ao ano na última década[2], e estima-se que 25% da população poderá desenvolver a doença até aos 75 anos de idade[2]. Os tumores malignos são atualmente a segunda principal causa de morte no país, sendo responsáveis por 26,4% dos óbitos[3].

O sintoma mais comum de apresentação do cancro - e uma das principais fontes de sofrimento durante a trajetória da doença - é a dor[4]. Segundo a *International Association for the Study of Pain*, esta é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidular, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”[5]. Quando é causada por um tumor maligno primário e suas metástases, ou pelos tratamentos médicos direcionados à doença (como radioterapia, quimioterapia e cirurgias), é classificada como Dor Oncológica (DO)[6]. A transmissão sensorial da DO é iniciada por dois mecanismos principais: através do estímulo de recetores álgicos presentes no tecido adjacente ao tumor, caracterizando a dor nociceptiva; ou secundariamente a uma lesão dos sistemas nervosos periférico e central, levando à dor neuropática[6]. Porém, muitos pacientes oncológicos são idosos e sofrem de comorbilidades como osteoartrite e diabetes mellitus, que podem causar dor crónica não relacionada diretamente com o tumor ou com os seus tratamentos[6]. Portanto, é comum que nesta população existam etiologias mistas

ocorrendo de forma simultânea. Por se tratar de um fenómeno subjetivo e multidimensional, a experiência individual da dor não é determinada apenas por estes mecanismos físicos, mas é o resultado da interação com outros componentes, como a dimensão psicológica, o ambiente social e o contexto espiritual, integrando o conceito da Dor Total[7].

A DO não-controlada tem um grave impacto na qualidade de vida destes doentes e seus familiares[8, 9], pois piora a performance no trabalho, limita a capacidade de realizar atividades da vida diária e aumenta o grau de dependência[4, 10, 11], elevando os riscos de depressão, ansiedade e isolamento social[12]. Por estes motivos, o controlo da DO é um dos principais focos de atuação e investigação dos Cuidados Paliativos (CP), definidos pela OMS como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias confrontadas com problemas associados a uma doença ameaçadora de vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”[13]. Os seus princípios foram idealizados na década de 1960, a partir do *Hospice Movement* fundado por Dame Cecily Saunders e que, na sua conceção, consistiam numa filosofia voltada para o alívio do sofrimento de pacientes com doenças graves em fim de vida[14]. Contudo, ao longo das últimas décadas, os CP evoluíram para uma atuação progressivamente mais ampla. Atualmente, recomenda-se que as ações paliativas (como a identificação precoce e o tratamento da dor) sejam integrados desde o início do diagnóstico de uma doença potencialmente grave, como o cancro, em conjunto com as terapias voltadas para o prolongamento da vida, de forma complementar[14]. Por isso, a OMS orienta que os CP sejam prestados não apenas por profissionais formalmente especializados nesta área, mas por todos os níveis do sistema de saúde, incluindo a atenção primária, generalistas e especialistas, de acordo com os seus diferentes graus de treinamento e as necessidades do doente[13, 14]. Considerando a alta incidência global do cancro, a avaliação minuciosa e o alívio da DO apresentam-se como uma peça fundamental da atuação dos médicos envolvidos no tratamento direcionado ao tumor, desde as primeiras consultas.

Contudo, a dor nos pacientes oncológicos é reconhecida como um problema de saúde pública global historicamente negligenciado, tendo sido mais discutida e investigada a partir do início da década de 1980[15, 16]. Nos levantamentos realizados a partir daquele período, eram afetados diariamente 70% dos pacientes com doença avançada e 50% dos doentes em tratamento ativo, estimando-se que 3.5 milhões sofriam com DO globalmente[15, 17]. Estes dados motivaram a publicação, pela OMS, de uma diretriz - a

Escada Analgésica - para melhorar este cenário de uma forma eficaz e ao mesmo tempo acessível, levando em conta os diferentes contextos do mundo[17]. A Escada Analgésica organiza o tratamento farmacológico da dor em três níveis de intensidade, dando preferência a medicamentos baratos e à utilização da via oral. No primeiro degrau, para dor classificada como leve, são utilizados analgésicos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) como o diclofenac e o ibuprofeno, além de outros analgésicos não-opioides, como paracetamol e metamizol; no segundo, para dor moderada, são indicados os opioides para dor ligeira a moderada, também designados como opioides fracos, como o tramadol e a codeína, podendo somar-se a eles os fármacos do degrau anterior; no último degrau, para dor intensa, são preconizados os opioides para dor moderada a intensa, também conhecidos como opioides fortes, como a morfina e o fentanilo, combinados ou não com os fármacos do primeiro degrau. A cada nível podem ser adicionados medicamentos adjuvantes, como anticonvulsivantes, antidepressivos ou corticosteroides[17] (Figura 1)[18]. Recomenda-se, adicionalmente, que a utilização desses fármacos seja feita a horários fixos, de forma individualizada, buscando o melhor alívio da dor com o mínimo de efeitos adversos.

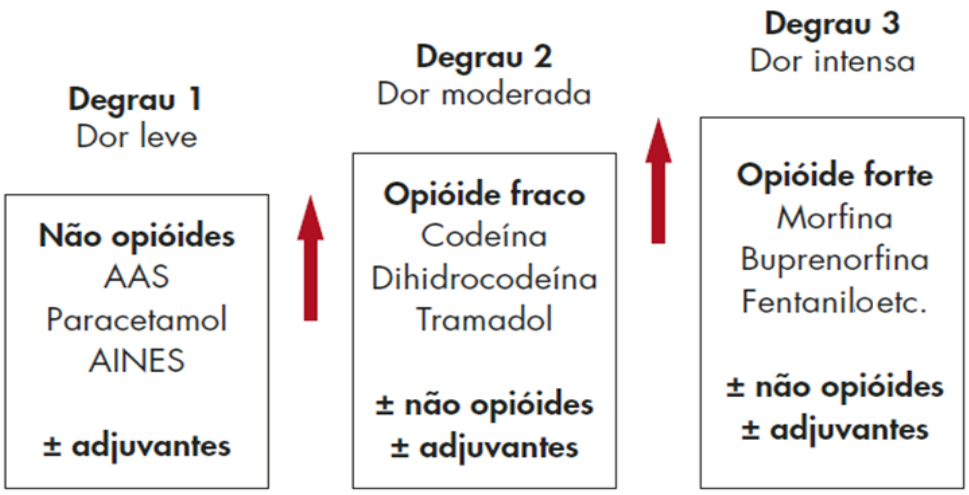


Figura 1[18]: A Escada Analgésica.

A Escada Analgésica foi amplamente distribuída e traduzida desde a sua publicação, tornando-se a base do tratamento da DO. Um estudo de validação conduzido ao longo dos seus 10 primeiros anos, publicado em 1995, concluiu que o emprego desta diretriz resultava numa redução significativa da dor, com um bom alívio relatado por 76% dos pacientes[19]. Uma revisão sistemática recente avaliou outros 24 trabalhos, publicados entre 1987 e 2015, que mensuraram a eficácia da Escada Analgésica, concluindo que um alívio adequado pode ser alcançado em até 100% dos doentes oncológicos, com poucos custos[20]. Apesar disso, a proporção de pacientes com dor moderada a intensa não diminuiu como se esperaria ao longo dos 30 anos desde a sua publicação. Uma meta-análise publicada em 2007 reuniu 52 estudos que avaliavam a prevalência e a intensidade da dor na população oncológica, conduzidos entre 1987 a 2005[21]. A dor estava presente em 64% dos pacientes com doença avançada ou metastática, 59% daqueles em tratamento ativo e em 33% após o tratamento curativo, com 36% do total a relatar dor moderada ou intensa. Posteriormente, foi realizada uma atualização destes dados em 2016, com estudos de 2005 a 2014, e os achados foram semelhantes: eram afetados 66.4% dos pacientes com doença avançada ou metastática, 55% em tratamento ativo e 39.3% após a fase curativa, com 38% classificando a dor como moderada a intensa[22]. No contexto europeu, um levantamento feito com 5084 pacientes com cancro em 2009 demonstrou que 56% sentiam dor moderada a intensa ao menos uma vez por mês[4], e um estudo transversal conduzido em unidades de CP de Portugal com 164 pacientes (dos quais 92% tinham cancro) observou uma prevalência de dor de 57%, com 45% a referir dor moderada, intensa ou máxima[23].

Além de altamente prevalente, a dor é frequentemente tratada de forma inadequada nestes pacientes[8, 24, 25]. Aproximadamente um terço das prescrições analgésicas dadas aos doentes com cancro em todo o mundo não estão de acordo com as recomendações da OMS e são consideradas insuficientes para um alívio satisfatório[24]. Quando combinados os resultados de estudos europeus recentes, estima-se que 29.5% dos pacientes recebem fármacos que, pela Escada Analgésica, estão situados abaixo do indicado para o seu nível de dor[24]. Portanto, existe uma lacuna entre o que pode ser alcançado com as diretrizes atuais e aquilo que ocorre na prática clínica. Esta disparidade tem a sua origem numa série de barreiras que impedem uma avaliação e tratamento corretos da DO, identificados em três diferentes níveis: dos pacientes, do sistema de saúde e dos profissionais (Tabela 1)[26].

Tabela 1: Barreiras para o Tratamento da Dor Oncológica - Adaptado de Kwon et al. [26].

Barreiras dos Pacientes	Barreiras do Sistema de Saúde	Barreiras dos Profissionais
• Não relatam os sintomas espontaneamente. • Má adesão à utilização de opioides.	• Restrições legais à prescrição de opioides. • Dificuldade de referenciação a serviços especializados.	• Conhecimentos incompletos sobre analgesia. • Medo exagerado de prescrever opioides. • Avaliação infrequente da dor.

Algumas atitudes e crenças comuns entre os pacientes dificultam o relato espontâneo dos seus sintomas durante as consultas. Num estudo que avaliou as lacunas de comunicação entre doentes oncológicos e seus médicos, menos de 42% daqueles com sintomas incómodos tinham a intenção de reportá-los durante o atendimento[27]. Isto ocorre, em parte, por pensarem que a dor é uma consequência inevitável da doença, e que a insistência em discutir os seus sintomas iria desviar o foco do profissional, voltado para o tratamento do tumor. Existem também temores exagerados em relação ao uso de opioides, como de adição, de tolerância e de efeitos colaterais, dificultando a adesão medicamentosa, situada entre 63% e 91%[11, 26].

No nível do sistema de saúde, as principais barreiras estão relacionadas às limitações ao acesso a opioides. Devido a restrições legais e financeiras impostas à prescrição e compra destes fármacos, alguns pacientes encontram dificuldades em adquiri-los em quantidade suficiente[26]. Apenas 43% dos países do mundo têm a morfina oral amplamente disponível na sua rede de saúde primária, estando acessível em 77% dos países de alta renda e 13% dos de baixa renda[13]. Em Portugal, contudo, estas barreiras não são significativas, uma vez que não são necessárias prescrições especiais para opioides e os pacientes oncológicos têm estes custos cobertos em 95%[23]. Um impedimento adicional imposto nesta esfera está na capacidade limitada de referenciação a serviços especializados em controlo sintomático. Nos Estados Unidos, apenas 14% dos oncologistas encaminham os seus pacientes a serviços de dor com frequência, e 16% para a Medicina Paliativa, devido à dificuldade em conseguir agendamentos[28].

Em relação aos profissionais de saúde, muitos apresentam um conhecimento incompleto da farmacologia analgésica[11]. Numa simulação de cenários clínicos que

envolviam perguntas sobre analgesia com 570 oncologistas americanos, a média de acertos teve uma pontuação entre 53.2 e 66.5, numa escala de 0 a 100[29]. Na Finlândia, uma avaliação com 720 médicos mostrou que mais da metade dos profissionais não tinham conhecimentos completos sobre a Escada Analgésica[30]. Além disso, parte dos profissionais resiste em acreditar na intensidade da dor e na necessidade analgésica relatadas pelos seus pacientes[31], apesar da natureza subjetiva e individual deste sintoma. Uma barreira adicional ocorre ainda pela relutância dos profissionais em prescrever opioides[11], como consequência de um temor exagerado de adição, tolerância e depressão respiratória iatrogénicas. Porém, de todas as barreiras citadas, aquela que é reconhecida como a principal causa da alta proporção de pacientes com dor mal controlada é a falta de avaliação e documentação sistemáticas da dor nas consultas dos pacientes com cancro[28, 32].

Diversas entidades e associações médicas especializadas, como a *European Society for Medical Oncology*, a *European Pain Federation* e a *National Comprehensive Cancer Network*, publicam diretrizes periodicamente atualizadas sobre a abordagem da DO[33-35]. Estas publicações recomendam a realização do rastreio ativo da dor em todas as consultas, desde o início do tratamento dos pacientes oncológicos, de forma minuciosa, levando em conta as características físicas (como localização, temporalidade, qualidade, fatores de alívio, de piora e intensidade) e a influência dos componentes psicológicos, sociais e espirituais na sintomatologia do paciente. Preconiza-se também que a intensidade da dor seja documentada com o uso de escalas validadas reconhecidas, como a Escala Numérica, Escala Visual Analógica, ou a Escala Verbal[33, 36] (Figura 2)[18]. Estas escalas possibilitam aos diferentes profissionais envolvidos no tratamento do paciente avaliarem a adequação da analgesia de maneira uniforme ao longo do tempo. Se a dor não for identificada, mensurada e sistematicamente documentada desde o diagnóstico oncológico inicial, não será possível aliviá-la de forma satisfatória. Porém, estas recomendações não são seguidas na maior parte do mundo.

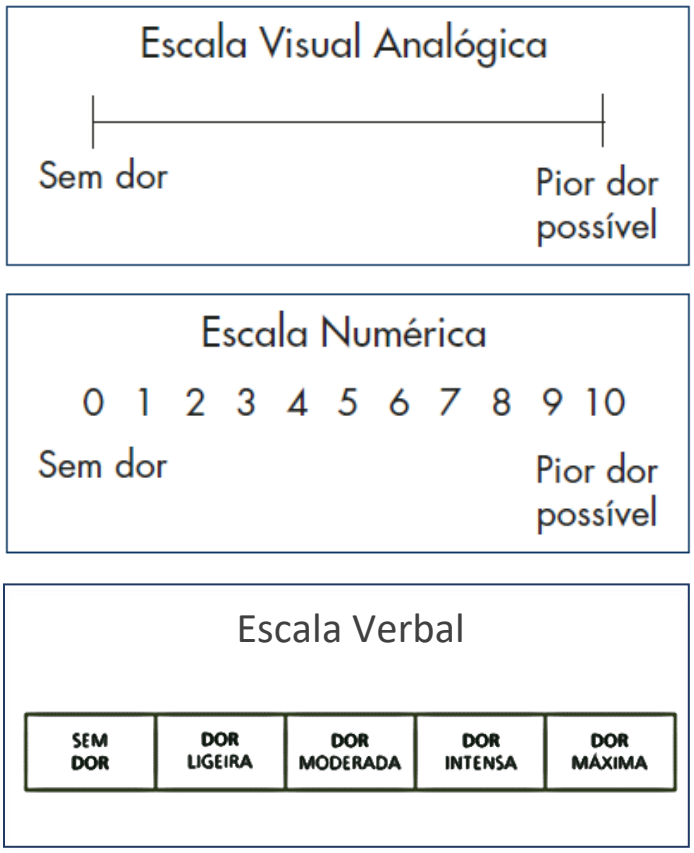


Figura 2[18]: Escalas de Avaliação da Dor.

Um estudo multicêntrico conduzido em seis hospitais nos Países Baixos avaliou a frequência de registo da dor em consultas externas oncológicas, com e sem escalas validadas[32]. Em apenas 23% das 987 consultas houve qualquer descrição da presença ou da ausência de dor, e em apenas uma consulta foram utilizadas escalas validadas[32]. Noutras 15%, foram usados descritores inespecíficos de sintomas (como “assintomático” ou “sem queixas”) e nas 62% restantes, nenhuma avaliação sintomática estava documentada. Num questionário realizado com 354 oncologistas dos Estados Unidos, perguntou-se quais seriam as principais barreiras para o controlo da DO, e a avaliação inadequada da dor durante as consultas externas foi reconhecida como o problema mais significativo[28]. Um resultado semelhante também foi encontrado num questionário com 550 médicos Chineses, em que a mensuração infrequente da dor foi apontada por 63% dos entrevistados como uma das barreiras mais importantes[11]. Por fim, num levantamento realizado com 573 pacientes oncológicos de 11 países europeus, 28% relataram que os seus médicos não perguntavam

sobre a dor na maior parte das consultas, e dois terços não recordaram ter sido utilizada uma escala validada[4]. Contudo, estes números tiveram grande variabilidade entre os territórios envolvidos: Na República Checa, por exemplo, 83% recordaram ter a sua dor avaliada frequentemente, ao passo que, na Noruega, esta proporção foi de 32%[4].

Determinados fatores clínicos e demográficos dos pacientes, além de características dos próprios médicos, podem influenciar na probabilidade de avaliação, documentação e tratamento adequados da dor. Pacientes do sexo feminino tendem a receber prescrições analgésicas menos eficazes do que os do sexo masculino[8, 37] e, quando se queixam de dor, são mais frequentemente encaminhadas para um profissional de saúde mental e têm maior chance de receber antidepressivos - e o sexo do médico influencia significativamente esta decisão[38]. Doentes com metástases, e aqueles cujo tratamento tem intenção paliativa, têm a dor avaliada e documentada por seus oncologistas com frequência maior do que os pacientes sem metástases ou aqueles com intenção curativa[32, 39]. O sítio primário do tumor também aparenta influenciar: pacientes com tumores urogenitais têm a dor mais frequentemente documentada[32] e mais bem tratada[8] do que aquelas com cancro da mama.

Portanto, o conhecimento da qualidade da avaliação da dor dos doentes oncológicos nas suas consultas pode ser uma importante fonte de informação para que possamos diminuir o número de indivíduos com dor mal controlada e garantir que tenham a melhor qualidade de vida possível desde o seu diagnóstico. Porém, não encontramos estudos recentes que avaliem estas práticas em Portugal, se existem características clínicas e demográficas que as influenciem de forma significativa e se elas determinam a qualidade das prescrições analgésicas.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste trabalho é avaliar a frequência da documentação da dor de pacientes oncológicos pelos seus médicos nas suas primeiras consultas externas no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO-Porto). Como objetivo secundário, pretendemos determinar com que frequência a dor é registada através de descrições qualitativas ou com o uso de escalas validadas e mensurar eventuais diferenças no registo de dor de acordo com idade e sexo do paciente; presença ou ausência de metástases; intenção de tratamento curativo ou paliativo; sítio primário do tumor; e o sexo e a especialidade do médico. Também avaliaremos se os pacientes identificados com dor recebem prescrições analgésicas adequadas e, por fim, pretendemos confrontar os nossos resultados com aqueles encontrados em trabalhos semelhantes de outros países.

MÉTODOS

Desenho do Estudo

Estudo observacional transversal descritivo, através da análise retrospetiva de processos clínicos eletrónicos.

População Estudada

Pacientes adultos com cancro atendidos em consultas externas eletivas do IPO-Porto. Trata-se do maior centro oncológico de Portugal e um dos 10 maiores da Europa, com uma média anual em torno de 85 000 primeiras consultas e 290 000 consultas médicas totais. Dos pacientes admitidos a cada ano, 67% apresentam tumores malignos. A estrutura das consultas externas é dividida por unidades correspondentes às seguintes Clínicas de Patologia: Clínicas de Mama; de Patologia Digestiva; de Cabeça e Pescoço; de Urologia; de Ginecologia; do Pulmão; de Pele, Tecidos Moles e Osso; Hemato-Oncologia; Sistema Nervoso Central; Tumores Endócrinos e Pediátrica.

Amostra Populacional

Critérios de Inclusão:

- Pacientes com 18 ou mais anos de idade.
- Com um diagnóstico de tumor maligno confirmado por histopatologia.
- Pacientes admitidos no hospital para realizar o acompanhamento do seu tratamento oncológico, atendidos pela primeira vez.

Critérios de Exclusão:

- Pacientes sem um diagnóstico confirmado de tumor maligno.
- Pacientes com consultas anteriores no hospital.
- Doentes que foram primariamente tratados em outros hospitais, mas que foram referenciados ao IPO-Porto para realizar procedimentos pontuais, como radioterapia.

Tamanho da Amostra:

O tamanho da amostra necessário para atingir o objetivo principal deste trabalho foi calculado levando em conta o número total de primeiras consultas mensais do hospital; a proporção de documentação da dor em consultas de pacientes com cancro em trabalhos semelhantes na Europa; e a proporção de pacientes atendidos no hospital que cumpririam os critérios de elegibilidade, considerando um nível de confiança de 95%. O mínimo necessário estimado a partir destes parâmetros foi de 341 pacientes. Este valor foi confirmado através do programa *Sample Size Calculator* (© 2018 Relief Applications, versão 2.0.2).

Seleção da Amostra:

Foi solicitada à direção clínica do hospital uma listagem contendo todos os pacientes atendidos pela primeira vez de 01 de janeiro de 2018 e 31 de março de 2018. Este período foi selecionado para que, à época da coleta de dados, fosse possível avaliar também a segunda consulta de cada paciente. A listagem original fornecida pela direção clínica continha 1729 pacientes organizados em ordem cronológica de admissão. Por razões de viabilidade para a coleta de dados, e considerando o tamanho da amostra necessário, um subgrupo de 350 deste total foi selecionado através de um sorteio, conduzido da seguinte forma: os pacientes foram numerados de 1 a 1729 pela ordem original da lista. Em seguida, com o programa *Random Number Generator* (© 2020 Maple Tech. International, LLC.), foram gerados 350 números aleatórios dentro da faixa de 1 a 1729. Por fim, os pacientes cujos números na lista correspondiam aos algarismos gerados pelo programa foram selecionados para avaliação dos critérios de inclusão. Para evitar perdas no tamanho da amostra, para cada paciente inelegível, o número seguinte da lista original passava a ser incluído para avaliação.

Recolha de Dados

Os dados relevantes ao estudo foram extraídos através do acesso aos processos eletrônicos dos pacientes, armazenados no sistema informático do hospital. A primeira e a segunda consultas médicas de cada indivíduo selecionado foram revisadas pelo investigador principal (A.V.). Recolhemos informações demográficas dos pacientes (idade e sexo) e características da sua doença, nomeadamente o sítio primário do tumor, a presença ou ausência de metástases e a intenção de tratamento (curativo, paliativo ou indeterminado). A

avaliação da dor nas consultas foi subdividida em quatro categorias: registo com o uso de escalas validadas, como a Escala Numérica e a Escala Visual Analógica; descrição qualitativa da dor (qualquer documentação que inclua explicitamente a presença ou ausência da dor); avaliação inespecífica de sintomas (termos abrangentes que podem incluir a dor mas não a citam diretamente, como “assintomático” ou “sem queixas”); e nenhuma avaliação da dor registada. Adicionalmente, foram colhidos dados relativos à especialidade e ao sexo do médico responsável pela consulta e, por último, analisamos as prescrições de fármacos analgésicos emitidas por eles.

Análise de Dados

As informações recolhidas foram utilizadas para alimentar um banco de dados criado com o programa IBM SPSS *Statistics* versão 26 para a condução de estatística descritiva. Os dados foram convertidos em variáveis categóricas, e as idades dos pacientes foram agrupadas em quartis de faixa etária. Calculamos as frequências de documentação da dor na primeira e na segunda consultas e as suas subdivisões de acordo com a classificação explicitada acima, apresentadas em percentagem. As diferenças na proporção de documentação de acordo com idade e sexo do paciente, presença de metástases, intenção de tratamento, sítio primário do tumor, sexo e especialidade do médico foram testadas em tabelas de contingência com o teste chi-quadrado de Pearson e o teste exato de Fischer. O valor de corte de P para rejeitar a hipótese nula foi considerado significativo ao nível de $p<0.05$.

Considerações Éticas

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do IPO-Porto após reunião ordinária em 09 de maio de 2019 (Anexo 1). Trata-se de um trabalho retrospetivo que utilizou apenas dados registados nos processos clínicos, sem a consulta adicional de informações dos doentes de forma direta. Ao serem admitidos no hospital, os pacientes assinam um termo autorizando a utilização dos dados dos seus registos para fins de investigação científica. Por estas razões, foi dispensada a utilização de um termo de consentimento informado e esclarecido específico para este estudo pela Comissão de Ética. O tratamento de dados foi conduzido de acordo com as orientações da Lei nº 58/2019 de 08 de agosto, que regula a proteção de dados pessoais em Portugal. Portanto, foi garantida a

anonimização das informações presentes no banco de dados pela exclusão de elementos que possibilitariam a identificação dos indivíduos listados, como nomes, datas de nascimento ou moradas. Adicionalmente, o acesso ao banco de dados foi protegido por um programa de encriptação (AxCrypt, ©2019 Svante Seleborg, versão 2.1), cuja palavra-passe era conhecida apenas pelo investigador principal, com o seu armazenamento separado do acesso à rede.

RESULTADOS

Dos 350 pacientes inicialmente selecionados da lista fornecida pela direção clínica do hospital, foram excluídos 78 (22%) que não possuíam um diagnóstico histopatológico de cancro confirmado, 55 (16%) por não realizarem o seu tratamento oncológico primariamente no IPO-Porto e 9 (3%) com menos de 18 anos de idade. Em seguida, 142 pacientes adicionais que estavam na posição seguinte a eles na ordem cronológica de admissão foram incluídos, totalizando 492 processos clínicos analisados e 350 selecionados para a revisão de 700 consultas externas (Figura 3).

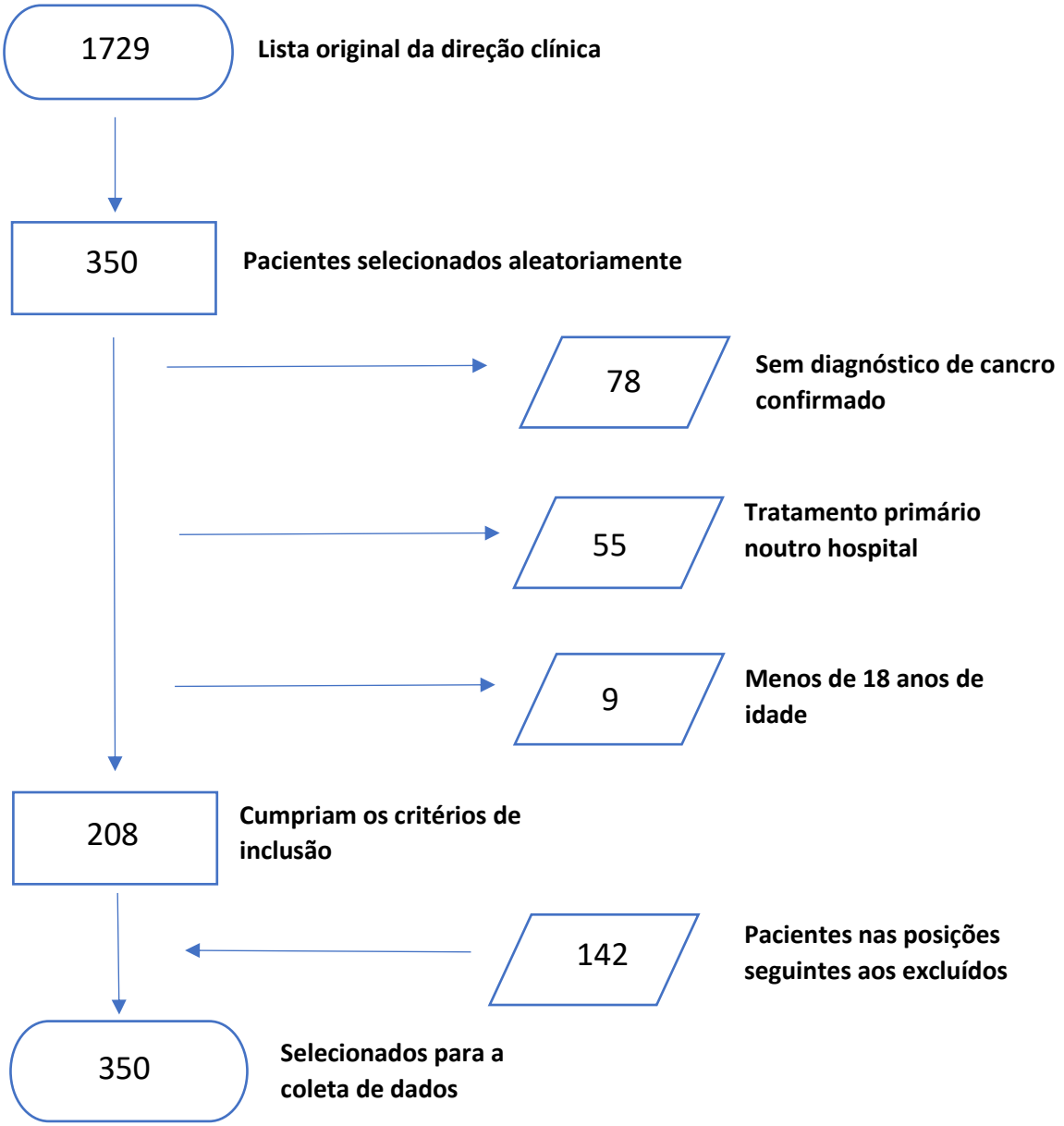


Figura 3: Fluxograma de Seleção dos Pacientes.

Características Demográficas

A média de idades da amostra populacional avaliada é de 62 anos de idade, com um desvio padrão de ± 14,657, e variando de 21 a 94. Do total, 193 (55%) são do sexo masculino e 157 (45%) do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2. Registo de Dor nas Duas Consultas Segundo Sexo, Faixa Etária e Sítio Primário do Tumor

Características	Total N (%)	Registo de dor na 1ª consulta N (%)		p	Registo de dor na 2ª consulta N (%)		p
		Sim	Não		Sim	Não	
Sexo				0,06			0,26
Masculino	193 (55)	90 (47)	103 (53)		105 (54)	88 (46)	
Feminino	157 (45)	58 (37)	99 (63)		76 (48)	81 (52)	
Faixa Etária							
<51	90 (26)	38 (42)	52 (58)	1,00	41 (46)	49 (54)	0,17
51-64	92 (26)	36 (39)	56 (61)	0,54	52 (56)	40 (44)	0,28
65-73	91 (26)	42 (46)	49 (54)	0,39	49 (54)	42 (46)	0,63
>73	77 (22)	32 (42)	45 (58)	0,88	39 (51)	38 (49)	0,83
Sítio Primário							
Digestivo*	94 (27)	44 (47)	50 (53)	0,29	57 (61)	37 (39)	0,04
Urológico	50 (14)	15 (30)	35 (70)	0,06	20 (40)	30 (60)	0,07
Mama	46 (13)	18 (39)	28 (61)	0,64	24 (52)	22 (48)	0,94
Hematológico	31 (9)	15 (48)	16 (52)	0,47	20 (64)	11 (36)	0,13
Pulmão*	27 (8)	20 (74)	7 (26)	0,001	19 (70)	8 (30)	0,04
Pele não-Melanoma*	23 (7)	1 (4)	22 (96)	<0,001	1 (4)	22 (96)	<0,001
Cabeça e Pescoço*	21 (6)	14 (67)	7 (33)	0,02	16 (76)	5 (24)	0,02
Melanoma*	19 (5)	2 (11)	17 (89)	0,003	10 (53)	9 (47)	0,93
Osso e Tecidos Moles	14 (4)	6 (43)	8 (57)	0,96	4 (29)	10 (71)	0,10
Ginecológico	14 (4)	5 (36)	9 (64)	0,61	5 (36)	9 (64)	0,22
Outros	11 (3)	8 (73)	3 (27)	0,06	5 (46)	6 (54)	0,76

* Teste do qui-quadrado de Pearson ou teste de Fischer considerados estatisticamente significativos quando p<0,05 (bicaudal).

Características da Doença

Sítio Primário do Tumor:

A localização primária mais frequente dos tumores malignos foi no trato digestivo, incluindo cancros do esôfago, estômago, duodeno, intestino delgado e colorretais, totalizando 94 pacientes (27%). Em seguida, estão os tumores urogenitais, como o cancro da próstata, da bexiga e renais, afetando 50 indivíduos (14%) e o cancro da mama, em 46 pacientes (13%) (Tabela 2).

Presença de Metástases:

Nas suas primeiras consultas, 35 (10%) dos pacientes já possuíam pelo menos uma metástase confirmada, enquanto 157 (45%) não tinham esta informação documentada na consulta e, em 158 (45%), a presença de metástases havia sido descartada por exames de imagem ou biópsias (Tabela 3). Considerando os pacientes na sua segunda consulta, 57 (16%) tinham metástases confirmadas, contra 30 (9%) sem documentação desta informação e 263 (75%) não possuíam lesões à distância nos seus exames de imagem ou histopatológicos (Tabela 4).

Intenção de Tratamento:

Nas primeiras consultas, a intenção inicial de tratamento estava documentada como paliativa para 14 (4%) dos pacientes e curativa para 146 (42%). Nos outros 190 (54%) pacientes, esta informação não estava explicitamente registada (Tabela 3). Nas anotações dos pacientes comparecendo à segunda consulta, 42 (12%) tinham intenção paliativa, 260 (74%) curativa e, em 48 (14%), não foi possível determinar a intenção de tratamento pelos dados encontrados (Tabela 4).

Tabela 3 Registo de Dor de Acordo com Presença de Metástases, Intenção de Tratamento, Sexo e Especialidade do Médico nas Primeiras Consultas

Características na 1ª Consulta	Total N (%)	Registo de dor na 1ª Consulta N (%)		p
		Sim	Não	
Metástase Documentada				
Sim*	35 (10)	27 (77)	8 (23)	<0,001
Não*	158 (45)	57 (36)	101 (64)	0,03
Desconhecido	157 (45)	64 (41)	93 (59)	0,60
Intenção de Tratamento				
Paliativo*	14 (4)	11 (79)	3 (21)	0,01
Curativo*	146 (42)	48 (33)	98 (67)	0,003
Desconhecido	190 (54)	89 (47)	101 (53)	0,06
Sexo do Médico				<0,001
Masculino	230 (66)	74 (32)	156 (68)	
Feminino	120 (34)	74 (62)	46 (38)	
Especialidade do Médico				
Oncologia Cirúrgica	134 (38)	48 (26)	86 (64)	0,06
Oncologia Médica*	55 (16)	47 (86)	8 (14)	<0,001
Urologia*	43 (12)	10 (23)	33 (76)	0,008
Cirurgia Plástica*	36 (10)	0 (0)	36 (100)	<0,001
Onco-hematologia*	29 (8)	18 (62)	11 (38)	0,02
Otorrinolaringologia*	15 (4)	12 (80)	3 (20)	0,003
Gastroenterologia	12 (3)	4 (33)	8 (67)	0,57
Ginecologia	12 (3)	3 (25)	9 (75)	0,25
Radioncologia	6 (2)	4 (67)	2 (33)	0,24
Outros	8 (2)	2 (25)	6 (75)	0,47

* Teste do qui-quadrado de Pearson ou teste de Fischer considerados estatisticamente significativos quando p<0,05 (bicaudal).

Tabela 4. Registo de Dor de Acordo com Presença de Metástases, Intenção de Tratamento, Sexo e Especialidade do Médico nas Segundas Consultas

Características na 2ª Consulta	Total N (%)	Registo de Dor na 2ª Consulta N (%)		p
		Sim	Não	
Metástase Documentada				
Sim*	57 (16)	43 (75)	14 (25)	<0,001
Não*	263 (75)	127 (48)	135 (52)	0,02
Desconhecido	30 (9)	11 (37)	19 (63)	0,08
Intenção de Tratamento				
Paliativo*	42 (12)	35 (83)	7 (17)	<0,001
Curativo*	260 (74)	120 (46)	140 (54)	0,001
Desconhecido	48 (14)	26 (54)	22 (46)	0,71
Sexo do Médico*				<0,001
Masculino	168 (48)	68 (41)	100 (59)	
Feminino	182 (52)	113 (62)	69 (38)	
Especialidade do Médico				
Oncologia Médica*	110 (31)	80 (73)	30 (27)	<0,001
Oncologia Cirúrgica*	64 (18)	25 (39)	39 (61)	0,02
Radioncologia	40 (11)	25 (63)	15 (37)	0,14
Onco-hematologia*	28 (8)	22 (79)	6 (21)	0,003
Cirurgia Plástica*	25 (7)	3 (12)	22 (88)	<0,001
Urologia*	23 (7)	6 (26)	17 (74)	0,01
Gastroenterologia	10 (3)	4 (40)	6 (60)	0,53
Ginecologia	10 (3)	4 (40)	6 (60)	0,53
Otorrinolaringologia	8 (2)	4 (50)	4 (50)	1,00
Endocrinologia	7 (2)	1 (14)	6 (86)	0,06
Hematologia*	6 (2)	0 (0)	6 (100)	0,01
Outros	19 (5)	7 (37)	12 (63)	0,24

* Teste do qui-quadrado de Pearson ou teste de Fischer considerados significativos quando p<0,05 (bicaudal).

Características dos Médicos

Um total de 230 pacientes (66%) foi atendido por médicos homens na sua primeira consulta e 120 (34%) por mulheres (Tabela 3). Quando estavam na sua segunda consulta, 168 (48%) foram atendidos por médicos do sexo masculino, contra 182 (52%) do sexo feminino (Tabela 4). A especialidade que mais frequentemente realizou atendimentos de primeira vez nesta amostra foi a Oncologia Cirúrgica, com 134 (38%) das consultas, seguida da Oncologia Médica com 55 (16%), e da Urologia, que realizou 43 (12%) deste total. A proporção representada pelo restante das especialidades pode ser consultada na Tabela 3. Já nos atendimentos de segunda vez, a especialidade médica mais representada foi a Oncologia Médica, responsável por 110 (31%) consultas. Depois dela estão a Oncologia Cirúrgica, com 64 (18%) e a Radioncologia, responsável por 40 (11%) atendimentos (Tabela 4).

Proporção de Documentação da Dor

Em 202 (58%) primeiras consultas, não havia qualquer documentação da avaliação de dor. Entre as restantes, 93 (27%) continham uma avaliação qualitativa da dor (a presença ou a ausência da mesma era explicitamente descrita nos registos), 47 (13%) apresentavam uma descrição inespecífica das queixas (como “paciente assintomático” ou “no momento sem queixas”) e, por último, 8 (2%) utilizaram uma escala validada de mensuração da dor, como a Escala Numérica ou a Escala Visual Analógica. Já nos registos das segundas consultas, 169 (48%) não possuíam qualquer avaliação de dor documentada, enquanto 97 (28%) continham uma avaliação qualitativa, 79 (23%) apresentavam uma descrição sintomática inespecífica e 5 (1%) utilizaram uma escala validada (Tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas de Documentação da Dor nas Duas Consultas

Consulta	Nenhum Registo de dor N (%)	Descrição Inespecífica N (%)	Descrição Qualitativa N (%)	Escala Validada N (%)
1ª	202 (58)	47 (13)	93 (27)	8 (2)
2ª	169 (48)	79 (23)	97 (28)	5 (1)
Total	371 (53)	126 (18)	190 (27)	13 (2)

Diferenças na Proporção de Documentação da Dor

Os dados relativos à frequência do registo da dor de acordo com características demográficas e sítio primário do tumor se encontram na Tabela 2. Nas Tabelas 3 e 4 estão as comparações por presença de metástases, intenção de tratamento e características dos médicos para a primeira e segunda consultas, respetivamente.

Pelas Características Demográficas:

Tanto nas primeiras quanto nas segundas consultas, os pacientes do sexo masculino tiveram a avaliação da dor documentada com maior frequência do que as pacientes do sexo feminino: 47% contra 37%, nas primeiras consultas (p=0,06) e 54% contra 48% nas segundas consultas (p=0,26), sem significância estatística. Quando consideramos as proporções de registo de avaliação da dor por quartis de faixa etária dos pacientes, também não encontramos diferenças significativas em quaisquer dos dois momentos avaliados.

Pelo Sítio Primário do Tumor:

Os pacientes com cancro da cabeça e pescoço tiveram a dor documentada com frequência significativamente maior do que o restante da população, tanto para pacientes de primeira vez (p=0,02), quanto àqueles na sua segunda consulta (p=0,02). O mesmo ocorreu para os diagnosticados com tumores malignos do pulmão em ambos os atendimentos (p=0,001 no primeiro; p=0,04 no segundo). Para os pacientes com tumores digestivos houve maior proporção nos registos de segunda consulta (p=0,04).

Os doentes com cancros da pele não melanoma tiveram a documentação de dor significativamente menor nas suas duas consultas (p<0,001 na primeira; p<0,001 na segunda), assim como aqueles com cancro da pele do tipo melanoma na primeira consulta (p=0,003).

Pela Presença ou Ausência de Metástases:

Os pacientes com metástases documentadas tiveram a dor registada em proporção significativamente maior, tanto no primeiro atendimento (p<0,001) quanto no segundo (p<0,001). Por outro lado, para os pacientes sem metástases, o registo da dor foi proporcionalmente menor, também nas duas consultas (p=0,03; p=0,02, respetivamente).

Pela Intenção de Tratamento:

Nas situações em que a intenção de tratamento era relatada como paliativa, a presença de avaliação da dor foi significativamente mais frequente em ambas as consultas (p=0,01; p<0,001, respetivamente), enquanto naqueles em que a intenção era curativa, esta avaliação foi registada em proporção significativamente menor (p=0,003; p=0,001, respetivamente).

Pelo Sexo dos Médicos:

O registo da dor teve uma proporção significativamente menor quando os pacientes eram atendidos por médicos do sexo masculino, tanto nas consultas de primeira vez (p<0,001), quanto nas de segunda vez (p<0,001).

Pela Especialidade dos Médicos:

Os pacientes cujo atendimento foi realizado por médicos especializados em Oncologia Médica tiveram a dor documentada em proporção significativamente maior que o restante da população, tanto na sua primeira consulta (p<0,001) quanto na segunda (p<0,001), assim como aqueles avaliados pela Onco-hematologia (p=0,02, na primeira; p=0,003 na segunda), e os atendidos de primeira vez pela otorrinolaringologia (p=0,003).

Para aqueles atendidos pela Cirurgia Plástica, este registo foi menor nos dois momentos (p<0,001 na primeira; p<0,001 na segunda), o que também ocorreu para os pacientes atendidos pela Urologia (p=0,008, na primeira consulta; p=0,01 na segunda). Também tiveram a documentação com menor frequência as consultas realizadas pela Oncologia Cirúrgica e Hematologia, para os pacientes comparecendo pela segunda vez (p=0,02; p=0,01, respetivamente).

Análise das Prescrições Analgésicas:

Nas anotações das prescrições dos pacientes de primeira vez, 64 (18%) tinham algum fármaco analgésico prescrito (como AINEs e opioides). Para os 286 (82%) restantes, nenhuma medicação com este fim estava documentada. Nas consultas de segunda vez, 90 (26%) tinham alguma analgesia registada. Dos fármacos identificados na primeira consulta, 39 (61%) foram indicados para tomas a horas fixas e 25 (39%) apenas como medicações de resgate, com proporções semelhantes nas anotações de segunda vez: 54 (60%) a horas

fixas e 36 (40%) de resgate. Pela gradação da Escada Analgésica, 37 (58%) se situariam no primeiro degrau (anti-inflamatórios não esteroides e paracetamol), 21 (33%) no segundo (opioides designados para dor ligeira a moderada como tramadol e codeína) e 6 (9%) no terceiro, para os atendimentos de primeira vez. Já nas consultas seguintes, 45 (50%) estariam no primeiro nível, 33 (37%) no segundo e os 12 (13%) restantes no terceiro (Tabela 6).

Tabela 6. Estatísticas das Prescrições Analgésicas

Característica da Prescrição	1ª Consulta N (%)	2ª Consulta N (%)
Prescrição Analgésica Documentada		
Sim	64 (18)	90 (26)
Não	286 (82)	260 (74)
Tipo de Prescrição		
Horas Fixas	39 (61)	54 (60)
Medicação de Resgate	25 (39)	36 (40)
Classes Farmacológicas		
AINEs	37 (58)	45 (50)
Opioides Fracos	21 (33)	33 (37)
Opioides Fortes	6 (9)	12 (13)

Analisando agora as prescrições dos pacientes de acordo com a dor registada - comparando entre aqueles em que a dor está presente, ausente, ou sem qualquer avaliação – observamos que, entre os que sabidamente relatavam sentir dor na primeira consulta, apenas 37 (46%) tinham um fármaco analgésico prescrito. Em contrapartida, para os que tinham dor identificada na sua segunda consulta, 58 (72%) receberam alguma analgesia (Tabela 7).

Tabela 7. Analgesia Documentada de Acordo com a Presença de Dor

	Analgesia Documentada na 1ª Consulta N (%)		Analgesia Documentada na 2ª Consulta N (%)	
	Sim	Não	Sim	Não
Dor Presente	37 (46)	43 (54)	58 (72)	23 (28)
Dor Ausente	60 (88)	8 (12)	9 (9)	90 (91)
Sem Documentação de Dor	19 (9)	183 (91)	23 (13)	147 (87)

DISCUSSÃO

A documentação da presença ou da ausência de dor foi encontrada em menos da metade dos primeiros atendimentos médicos dos pacientes com cancro. Nas consultas em que a avaliação foi documentada, a maior parte dos registos foi feito com descrições qualitativas ou descrições sintomáticas inespecíficas, com utilização de escalas validadas em apenas 2% dos casos. Estes achados sugerem que a dor pode estar a ser subnotificada na população estudada e que há uma baixa adesão às recomendações das diretrizes atuais sobre a avaliação da dor relacionada ao cancro[34].

Nas consultas de segunda vez, a proporção de registos foi ligeiramente maior. Esta diferença pode ser um fator positivo, porque no período entre a primeira e a segunda consultas muitos pacientes já iniciaram tratamentos anti tumorais que podem causar dor, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias. Contudo, mesmo nesta fase, grande parte dos relatos foram feitos com descrições vagas, sem pormenorização de características da dor que são necessárias para orientar uma analgesia adequada.

Dois trabalhos recentes, dos Países Baixos, avaliaram a frequência de documentação da dor com metodologia semelhante à nossa, através da análise retrospetiva das anotações de consultas externas iniciais, e relataram resultados próximos aos que encontramos. TeBoveldt et al.[32] revisaram os registos de 6 hospitais entre 2010 e 2011 e não encontraram qualquer tipo de avaliação em 62% das consultas. Besse et al.[39] conduziram análise similar, relatando a ausência de documentação da dor em 46% dos registos, e o uso de escalas validadas foi igualmente raro em ambas as amostras. Deve ser salientado que estes dois estudos avaliaram atendimentos realizados exclusivamente por oncologistas médicos. O nosso trabalho, por outro lado, incluiu consultas de diversas especialidades do hospital. Se considerássemos apenas as anotações realizadas pelos oncologistas médicos na nossa amostra, teríamos uma frequência de registo de dor substancialmente maior, com 86% nas primeiras consultas.

O maior levantamento, de que temos conhecimento, das práticas de mensuração e tratamento da DO em diferentes países europeus foi realizada pelo *EPIC Survey*[4]. Os investigadores realizaram um questionário por telefone com pacientes oncológicos de 11 países, selecionando uma amostra dos que sentiam dor moderada a intensa no último mês.

Neste subgrupo, 72% dos entrevistados relataram que os seus médicos perguntavam sobre a dor na maior parte das consultas e 33% recordaram-se do uso de escalas validadas, com grande variabilidade entre os países incluídos. Contudo, há diferenças importantes na metodologia empregada por eles, limitando a capacidade de comparação com a nossa amostra. Em primeiro lugar, porque não utilizamos relatos diretos dos pacientes e, em segundo, por não termos selecionado apenas pacientes que sabidamente sentiam dor.

Entre os fatores clínicos que poderiam interferir na documentação da dor, foi encontrada uma proporção significativamente maior de registos entre os pacientes com cancro do pulmão, assim como os da cabeça e do pescoço. Numa meta-análise recente sobre a prevalência de DO e os seus determinantes[22], estes dois grupos – além do cancro da mama - estão entre aqueles em que a dor é mais frequente, o que poderia justificar uma maior documentação. Te Boveldt et al., porém, encontraram um maior registo apenas entre os pacientes com tumores urogenitais[32]. Esta parte da análise revelou um achado inesperado, que foi a frequência de registo significativamente menor entre os pacientes com cancro da pele, tanto entre os do tipo melanoma quanto não-melanoma. Apesar dos cancros da pele não-melanoma apresentarem baixa mortalidade e alto percentual de cura, uma proporção considerável dos pacientes sentem dor (40% para o carcinoma de células escamosas e 18% para o carcinoma de células basais)[40]. Portanto, estes grupos podem estar particularmente suscetíveis a terem a dor não reconhecida.

Os pacientes com metástases tiveram proporções significativamente maiores de avaliação da dor, o que também foi encontrado na amostra de TeBoveldt et al.[32]. O mesmo ocorreu para aqueles com intenção de tratamento paliativo. Estas diferenças podem estar associadas a um maior risco que os doentes com cancro avançado possuem de apresentar dor moderada a intensa, em comparação com o restante dos pacientes oncológicos [21, 22]. A priorização do rastreio sintomático para os casos de maior gravidade pode estar ligada a uma visão dicotómica dos CP, em que as preocupações com conforto e qualidade de vida são reservadas apenas aos que têm poucas perspetivas de cura[14]. Porém, este padrão está em desacordo com o modelo atual da OMS, que considera que a avaliação minuciosa da dor deve ser realizada e registada em todos os pacientes com doença potencialmente grave desde os primeiros encontros, independentemente do prognóstico[13].

Além dos fatores clínicos dos doentes, encontramos também características dos médicos que estão associadas a uma maior proporção de registo: quando os atendimentos foram feitos por mulheres, a documentação foi feita com frequência significativamente maior

do que pelos homens. Alguns trabalhos prévios demonstraram que existem diferenças consideráveis entre os padrões de prescrição analgésica e valorização da dor determinadas pelo sexo do médico. Ao estimar as necessidades analgésicas dos pacientes, os homens dão mais valor às evidências patológicas que justifiquem a intensidade da dor[41] e, nos departamentos de emergência, as médicas prescrevem mais analgésicos que os seus colegas homens[42]. Uma das explicações para estas diferenças está relacionada com um padrão de comunicação, apresentado pelas mulheres, que é mais centrado no paciente[43].

Outra característica dos médicos que interferiu de forma significativa na documentação da dor foi a especialidade. A Oncologia Médica, a Onco-hematologia e a Otorrinolaringologia fizeram-no em proporções maiores. Por outro lado, a Cirurgia Plástica, a Urologia e a Oncologia Cirúrgica, documentaram o registo da dor com menos frequência. Algumas destas disparidades podem ser explicadas pelo contraste no número de horas de formação em CP entre os currículos dos programas de especialização. De acordo com um relatório recente do Observatório Português dos Cuidados Paliativos[44], apenas a Oncologia Médica apresenta um estágio obrigatório em CP, enquanto a maioria dos outros programas não possibilitam a realização de formação opcional nesta área. Outro fator que pode explicar estas diferenças está nas características dos pacientes que são atendidos por cada especialidade: a Otorrinolaringologia, por exemplo, avalia um grande número de doentes diagnosticados com tumores de cabeça e pescoço, que, como dito anteriormente, apresentam dor com mais frequência que o restante da população oncológica[22]. Existe, porém, a possibilidade de um elemento de confusão, devido à distribuição desigual dos gêneros entre estas especialidades (a Oncologia Médica e a Onco-hematologia têm uma proporção de mulheres maior que as especialidades cirúrgicas). Contudo, quando controlamos as comparações pelo sexo, a especialidade continuou sendo um fator igualmente significativo.

Na análise das prescrições documentadas pelos médicos, a grande maioria dos pacientes não tinham fármacos analgésicos registados. Entre os pacientes que relataram sentir dor no momento da sua primeira consulta, mais da metade não tinha qualquer analgésico indicado para aliviá-la, e 40% das prescrições foram feitas apenas com medicações de resgate. Esta prática está em desacordo com o recomendado pelas diretrizes da OMS, que orientam iniciar medicações a horas fixas para todos os pacientes que têm dor crónica[17]. Nas segundas consultas, o número de pacientes com dor sem receber analgesia foi menor, mas ainda considerável (28%). Portanto, além de subnotificada, a dor não está a

ser adequadamente tratada nesta população, o que a literatura demonstra ser um fenómeno universal entre os doentes oncológicos[24]. Num estudo multicêntrico, Gonçalves et al.[23] avaliaram a adequação da analgesia em pacientes internados em unidades de CP de Portugal, incluindo 151 pacientes com cancro, e demonstraram que em apenas 4% dos doentes a dor estava mal controlada. Porém, os nossos dados indicam que o mesmo não ocorre nas consultas externas iniciais destes doentes. Esta diferença observada entre os dois contextos reforça o benefício que a integração precoce dos CP pode trazer para estes pacientes, pois a sua participação desde o início do tratamento seria capaz de prover um alívio sintomático mais eficaz.

Ter a dor avaliada, reconhecida e documentada não foi garantia de receber uma analgesia adequada. Apesar da mensuração da dor ser um primeiro passo necessário para o seu alívio[33], não é o suficiente. Se ainda existirem barreiras adicionais, como conhecimento incompleto dos médicos sobre a Escada Analgésica e receios exagerados em iniciar opioides, o tratamento da dor permanecerá inadequado[26]. Uma iniciativa na província de Ontário, no Canadá, por exemplo, criou um programa de rastreio ativo para identificar a dor nos pacientes com cancro atendidos nas clínicas locais[45]. Desde o início do programa, a identificação da dor aumentou em oito vezes, mas isso não resultou num aumento das prescrições analgésicas[46].

Pontos Fortes e Limitações

Este estudo possui algumas limitações, mas também alguns pontos fortes. Em primeiro lugar, avaliamos um total de 700 consultas, o que representa uma amostra considerável em relação ao total realizado no período, principalmente levando-se em conta que se trata do hospital que mais realiza atendimentos oncológicos em Portugal. Além disso, contemplamos uma variedade de diagnósticos primários e especialidades médicas maior do que outros trabalhos semelhantes, que normalmente se restringem à Oncologia Médica e aos tipos de tumores mais comuns. Também introduzimos informações adicionais ao correlacionarmos os registos com as prescrições analgésicas, o que não foi feito nos outros estudos retrospetivos sobre documentação da dor[32, 39].

Contudo, existem limitações importantes, por consequência do desenho de estudo e da estratégia de amostragem. Como analisamos apenas a documentação da dor de forma retrospetiva, não sabemos a frequência real de avaliação durante as consultas, mas apenas aquilo que está registado nos processos. É possível que os médicos perguntem sobre a dor

de forma mais rotineira do que os nossos números demonstraram, mas não o relatem nas suas anotações. Porém, a documentação também tem uma importância própria, porque permite o acompanhamento do tratamento analgésico ao longo do tempo. Por termos utilizado uma estratégia de amostragem, não avaliamos o total de consultas realizadas, e analisamos um único centro do país. Ainda assim, com os 350 pacientes selecionados, foi possível ter uma perceção fidedigna das práticas de avaliação da dor na população estudada.

Por último, deve ser salientado que foram revisadas apenas as anotações de médicos. A avaliação da dor é reconhecida como uma atribuição de diversos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente oncológico, incluindo principalmente os enfermeiros, que frequentemente reportam a mensuração da dor nas suas anotações de sinais vitais. Porém, o objetivo do nosso estudo estava restrito a avaliar as práticas dos médicos, para podermos comparar com outros trabalhos recentes e correlacionar com as suas prescrições analgésicas.

Perspetivas Futuras

Para se conhecer a realidade das práticas de avaliação e tratamento da dor dos pacientes oncológicos em Portugal, é necessário analisar também os dados de outros hospitais do país, incluindo outras regiões e níveis de atendimento. Uma análise completa abrangeria não só as primeiras consultas, mas toda a trajetória do doente desde o seu diagnóstico, passando pelo tratamento contra o tumor, até a fase terminal da doença, ou o período após a cura. A combinação com outras metodologias, como questionários realizados diretamente com os pacientes e médicos, podem prover mais informações sobre as barreiras existentes atualmente no tratamento da DO em Portugal. Com isso, podem ser identificadas as oportunidades de atuação para que se diminua o número de doentes com dor mal controlada.

Após identificadas as barreiras, torna-se necessário propor intervenções para diminuí-las. Algumas iniciativas voltadas para aumentar a frequência de avaliação da dor em consultas externas já foram implementadas em Portugal e noutros países, como rastreio ativo em salas de espera[45] e a introdução da “dor como quinto sinal vital”[47]. Porém, como dito anteriormente, atuar em apenas uma das barreiras pode não ser o suficiente. Considerando isso, Oldemenger et al.[48] criaram um programa integrado utilizando três intervenções num centro oncológico Holandês: rastreio ativo da dor com um computador na

sala da espera; distribuição de folhetos educativos para os médicos e enfermagem com um protocolo de tratamento da DO baseado em evidências; e educação voltada para os pacientes sobre o uso de analgésicos, efeitos colaterais e preocupações ligadas ao tratamento. Com estas ações combinadas, o número de pacientes com dor moderada a intensa diminuiu em 32% após 6 meses do programa. Portanto, abordando todos os níveis em simultâneo (profissionais de saúde, pacientes e sistema de saúde), é possível conquistar um melhor controlo sintomático.

CONCLUSÃO

Este trabalho é o primeiro a trazer uma perspetiva geral sobre a avaliação e o tratamento da dor em pacientes com cancro no maior centro oncológico de Portugal. Assim como relatado noutras partes do mundo, estas práticas permanecem insuficientes perante as necessidades dos doentes, apesar de já existirem diretrizes eficazes para atendê-las. Os dados apresentados aqui apontam para a adoção de novas rotinas institucionais, incluindo integração precoce dos CP, rastreio sintomático ativo desde o início do tratamento oncológico e melhor treinamento dos profissionais de saúde e pacientes sobre a farmacologia analgésica. Desta forma, a melhor qualidade de vida possível pode ser conquistada para esta população, com início no momento do diagnóstico e permanecendo durante a trajetória da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bray, F., et al., *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.* CA Cancer J Clin, 2018. **68**(6): p. 394-424.
2. Departamento Geral da Saúde., *Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2015*. 2016, Direção de Serviços de Informação e Análise: Lisboa.
3. FFMS, *Óbitos por algumas causas de morte*, in *Lisboa: PORDATA*. 2020. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758>. Acesso em: 17 set. 2020.
4. Breivik, H., et al., *Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes.* Ann Oncol, 2009. **20**(8): p. 1420-33.
5. Merskey, H.B., N., *Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage*, in *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, N. Bogduk, H. Merskey, and T. International Association for the Study of Pain. Task Force on, Editors. 1994, IASP Press: Seattle. p. 209-214.
6. Bennett, M.I., et al., *The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain.* Pain, 2019. **160**(1): p. 38-44.
7. Krawczyk, M., d. clark, and j. woods, *Total pain: origins, current practice, and future directions.* Omsorg: The Norwegian Journal of Palliative Care, 2018. **2**.
8. Shen, W.C., et al., *Impact of Undertreatment of Cancer Pain With Analgesic Drugs on Patient Outcomes: A Nationwide Survey of Outpatient Cancer Patient Care in Taiwan.* J Pain Symptom Manage, 2017. **54**(1): p. 55-65.e1.
9. Costa, W.A., et al., *Pain and quality of life in breast cancer patients.* Clinics (Sao Paulo), 2017. **72**(12): p. 758-763.
10. Tegegn, H.G. and E.A. Gebreyohannes, *Cancer Pain Management and Pain Interference with Daily Functioning among Cancer Patients in Gondar University Hospital.* Pain Res Manag, 2017. **2017**: p. 5698640.
11. Group, A.W., et al., *Current practices in cancer pain management in Asia: a survey of patients and physicians across 10 countries.* Cancer Med, 2015. **4**(8): p. 1196-204.
12. Geue, K., et al., *[Pain experiences and life satisfaction of young adult cancer patients].* Schmerz, 2017. **31**(1): p. 23-30.
13. World Health Organization, *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers.* Geneva: World Health Organization, 2018.
14. Hui, D. and E. Bruera, *Integrating palliative care into the trajectory of cancer care.* Nat Rev Clin Oncol, 2016. **13**(3): p. 159-71.
15. Bonica, J.J., *Treatment of cancer pain: Current status and future needs.* Pain, 1984. **18**.
16. Stjernswärd, J., *Cancer Pain Relief: an Important Global Public Health Issue.* The Clinical Journal of Pain, 1985. **1**: p. 95-97.
17. World Health Organization, *Cancer pain relief.* Geneva, Switzerland: World Health Press, 1986.
18. *Recomendações para o tratamento farmacológico da dor.* Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2007. **23(4)**. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10384>. Acesso em: 17 set. 2020

19. Zech, D.F.J., Grond, S., Lynch, J., Hertel, D., & Lehmann, K. A. , *Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study.* Pain, 1995. **63**(1): p. 65-76.
20. Carlson, C.L., *Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review.* J Pain Res, 2016. **9**: p. 515-34.
21. van den Beuken-van Everdingen, M.H., et al., *Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years.* Ann Oncol, 2007. **18**(9): p. 1437-49.
22. van den Beuken-van Everdingen, M.H., et al., *Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis.* J Pain Symptom Manage, 2016. **51**(6): p. 1070-1090 e9.
23. Goncalves, F., et al., *A cross-sectional survey of pain in palliative care in Portugal.* Support Care Cancer, 2013. **21**(7): p. 2033-9.
24. Greco, M.T., et al., *Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer.* J Clin Oncol, 2014. **32**(36): p. 4149-54.
25. Fujii, A., et al., *Longitudinal assessment of pain management with the pain management index in cancer outpatients receiving chemotherapy.* Support Care Cancer, 2017. **25**(3): p. 925-932.
26. Kwon, J.H., *Overcoming barriers in cancer pain management.* J Clin Oncol, 2014. **32**(16): p. 1727-33.
27. Penalba, V., T.L. Deshields, and D. Klinkenberg, *Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: symptom distress and patients' intentions to disclose.* Support Care Cancer, 2019. **27**(6): p. 2039-2047.
28. Breuer, B., et al., *Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: a national survey.* J Clin Oncol, 2011. **29**(36): p. 4769-75.
29. Breuer, B., et al., *How well do medical oncologists manage chronic cancer pain? A national survey.* Oncologist, 2015. **20**(2): p. 202-9.
30. Silvoniemi, M., et al., *Physicians' self-assessment of cancer pain treatment skills--more training required.* Support Care Cancer, 2012. **20**(11): p. 2747-53.
31. Kasasbeh, M.A.M., C. McCabe, and S. Payne, *Cancer-related pain management: A review of knowledge and attitudes of healthcare professionals.* Eur J Cancer Care (Engl), 2017. **26**(6).
32. te Boveldt, N.D., et al., *Pain is not systematically registered in Dutch medical oncology outpatients.* Pain Pract, 2015. **15**(4): p. 364-70.
33. Fallon, M., et al., *Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.* Ann Oncol, 2018. **29**(Supplement_4): p. iv166-iv191.
34. Bennett, M.I., et al., *Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain.* Eur J Pain, 2019. **23**(4): p. 660-668.
35. Swarm, R.A., et al., *Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.* J Natl Compr Canc Netw, 2019. **17**(8): p. 977-1007.
36. Andrade F.A., et al., *Mensuração da Dor no Idoso: Uma Revisão.* Rev Latino-am Enfermagem, 2006. **14**(2): p. 271-6.
37. Reis-Pina, P., et al., *Cancer-Related Pain: A Longitudinal Study of Time to Stable Pain Control and Its Clinicodemographic Predictors.* J Pain Symptom Manage, 2019.
38. Hirsh, A.T., et al., *The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions.* J Pain, 2014. **15**(5): p. 551-9.
39. Besse, K., et al., *The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration.* Pain Pract, 2016. **16**(2): p. 148-53.
40. Mills, K.C., et al., *Itch and Pain in Nonmelanoma Skin Cancer: Pain as an Important Feature of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma.* Archives of Dermatology, 2012. **148**(12): p. 1422.

41. Bernardes, S.F., M. Costa, and H. Carvalho, *Engendering pain management practices: the role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions.* J Pain, 2013. **14**(9): p. 931-40.
42. Safdar, B., et al., *Impact of physician and patient gender on pain management in the emergency department--a multicenter study.* Pain Med, 2009. **10**(2): p. 364-72.
43. Roter, D.L. and J.A. Hall, *Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research.* Annu Rev Public Health, 2004. **25**: p. 497-519.
44. Pereira, S.M., *Relatório de Outono 2018*, in *Observatório Português dos Cuidados Paliativos*, U. Católica, Editor. 2018, Instituto de Ciências da Saúde.
45. Gilbert, J.E., et al., *Quality improvement in cancer symptom assessment and control: the Provincial Palliative Care Integration Project (PPCIP).* J Pain Symptom Manage, 2012. **43**(4): p. 663-78.
46. Barbera, L., et al., *Has Province-Wide Symptom Screening Changed Opioid Prescribing Rates in Older Patients With Cancer?* J Oncol Pract, 2017. **13**(11): p. e927-e934.
47. Zubkoff, L., et al., *Does screening for pain correspond to high quality care for veterans?* J Gen Intern Med, 2010. **25**(9): p. 900-5.
48. Oldenmenger, W.H., et al., *To be in pain (or not): a computer enables outpatients to inform their physician.* Annals of Oncology, 2016. **27**(9): p. 1776-1781.

ANEXOS

Anexo I: Parecer da Comissão de Ética

Parecer CES IPO: 159/019

Assunto: Avaliação do pedido realização de projeto investigação ***"Avaliação da Dor em Pacientes com cancro"***

Investigador Principal: **Dr. André Amato Valois**

Data: 09 de maio de 2019

PARECER

É parecer desta CES, não existir impedimento de natureza ética ao desenvolvimento do referido estudo de Investigação.

Dr. Artur Lima Bastos
Presidente da CES – IPO Porto EPE

FACULDADE DE **MEDICINA**