

Estudo Unicêntrico Prospetivo de Avaliação Sistemática da Dor em Doentes Portugueses com Cancro da Próstata Metastizado



Single Centre Prospective Study of Systematic Pain Evaluation in Portuguese Patients with Metastatic Prostate Cancer

Maria Inês SEQUEIRA¹, Nuno SOUSA¹, Maria FRAGOSO¹, Alexandra SILVA², Filipa PEREIRA¹, Luís AZEVEDO³
 Acta Med Port 2017 Nov;30(11):796-804 • <https://doi.org/10.20344/amp.8820>

RESUMO

Introdução: A dor é o sintoma que mais frequentemente afeta a qualidade de vida de doentes com cancro. A utilização de ferramentas padronizadas para avaliação da dor pode diminuir a variabilidade associada à sua avaliação e aumentar o sucesso das intervenções terapêuticas. Em Portugal, o cancro da próstata é a neoplasia masculina mais frequente. Avaliamos o impacto clínico da aplicação sistemática de um questionário padronizado de avaliação da dor em doentes com cancro da próstata metastizado.

Material e Métodos: Coorte prospetiva, unicêntrica, com amostragem consecutiva de doentes com cancro da próstata metastizado que, antes de uma consulta programada, responderam ao questionário *Brief Pain Inventory-Short Form*. Aos doentes que reportaram dor, o questionário foi aplicado, telefonicamente, uma semana depois. Para avaliar o impacto desta ferramenta na prática clínica constituímos dois grupos, sequenciais, em função da disponibilização dos resultados do questionário.

Resultados: Nos 207 doentes incluídos, 60% apresentavam dor. A consulta de oncologia médica esteve associada a uma diminuição significativa da intensidade média de dor (3,95 vs 3,01; $p < 0,001$). A redução da dor no grupo de exposição foi superior à verificada no grupo controlo, embora sem significado estatístico ($p = 0,227$). A probabilidade de controlo de dor com a disponibilização do questionário foi de 43,5% vs 30,9% no grupo controlo ($p = 0,193$).

Discussão: A prevalência de dor encontrada foi superior à descrita literatura, provavelmente pela nossa amostra ser menos selecionada do que a dos ensaios clínicos publicados. Após a realização da consulta, verificou-se uma redução estatisticamente significativa da intensidade média de dor, mas a utilização explícita do questionário não esteve associada a uma redução estatisticamente significativa.

Conclusão: Em doentes com cancro da próstata metastizado a prevalência de dor é elevada. A sua avaliação e tratamento por oncologistas associam-se à redução da intensidade média de dor. A utilização sistemática do *Brief Pain Inventory-Short Form* associou-se a um aumento não significativo do benefício terapêutico.

Palavras-chave: Avaliação da Dor; Dor; Metástase Neoplásica; Neoplasias da Próstata

ABSTRACT

Introduction: Pain is one of the most common symptoms reported by cancer patients and is associated with decreased quality of life. Assessment of pain with standardized questionnaires reduces variability in its interpretation and may increase effectiveness of medical interventions. Prostate cancer is the most frequent male neoplasm in Portugal. We designed this study to evaluate the impact of a standardized pain questionnaire on pain management in patients with metastatic prostate cancer.

Material and Methods: Single centre prospective observational study of patients with metastatic prostate cancer. The study was designed to evaluate the benefit of systematically evaluating pain with Brief Pain Inventory-Short Form prior to a scheduled medical oncology consult. Patients reporting pain were reassessed one week later by telephone. To assess the benefit two consecutive cohorts were established based on communication of questionnaire results to the treating physician.

Results: We recruited 207 patients of which 60% reported pain. Statistically significant decrease in mean pain intensity one week after the scheduled appointment was noted (3.95 vs 3.01; $p < 0.001$). Patients whose Brief Pain Inventory-Short Form was provided to their oncologist experienced greater reduction in pain, which was non-significant ($p = 0.227$). Using Brief Pain Inventory-Short Form assessment resulted in a higher probability of pain control (43.5% vs 30.9%; $p = 0.193$).

Discussion: The prevalence of pain founded was higher than described in the literature, probably because our sample was less selected than the published in clinical trials. After the scheduled appointment, there was a statistically significant reduction in mean pain intensity, but the explicit use of this questionnaire was not associated with a statistically significant reduction of pain.

Conclusion: Patients with metastatic prostate cancer have a high prevalence of pain. Evaluation and treatment by medical oncologists is associated with a reduction of mean pain intensity. The use of Brief Pain Inventory-Short Form was associated with a non-significant increased reduction of pain.

Keywords: Neoplasm Metastasis; Pain; Pain Measurement; Prostatic Neoplasms

INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma “experiência emocional e sensorial desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”.^{1,2} Nos

doentes com cancro, a dor, é dos sintomas mais comuns e com grande impacto na qualidade de vida do doente e do seu agregado familiar.³ Uma revisão sistemática mostrou

1. Serviço de Oncologia Médica. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. Porto. Portugal.

2. Enfermagem. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. Porto. Portugal.

3. MEDCIDS/CINTESIS - Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Maria Inês Sequeira. inessequeira@gmail.com

Recebido: 29 de fevereiro de 2017 - Aceite: 24 de julho de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2017



que 53% dos doentes com cancro apresentava dor e que mais de um terço destes doentes reportava a dor como moderada a grave.⁴ Apesar do alívio da dor poder ser atingido em 90% dos doentes, os profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem o seu tratamento insuficiente.⁵ Uma das causas potenciais para este problema é a discrepância entre a dor reportada pelo doente e o entendimento do médico relativo à intensidade da mesma. Pela subjetividade inerente a este sintoma, as escalas de auto-avaliação são consideradas a *gold-standard*.³

Para avaliação da dor existem escalas uni e multidimensionais, todas com grande variabilidade inter-individual.⁶ Apesar destas limitações, a avaliação da dor através da aplicação de questionários padronizados e validados pode trazer benefício, por serem ferramentas que permitem padronizar a avaliação e facilitar a comunicação entre doentes e profissionais de saúde.⁷ O *Brief Pain Inventory-Short Form* (BPI-SF) é um instrumento de medida de dor crónica, traduzido e validado para a língua portuguesa, que avalia a gravidade e localização da dor, assim como a interferência da mesma nas atividades da vida diária, nas relações interpessoais e a resposta à analgesia.^{8,9,10} Foi escolhido este questionário por ser uma escala multidimensional amplamente utilizada, de uso fácil e de preenchimento rápido.

Em Portugal, o carcinoma da próstata é a doença oncológica mais frequente no sexo masculino. Esta neoplasia, pelo tropismo que apresenta pelo tecido ósseo, está frequentemente associada a lesões metastáticas de elevado potencial algíco.¹¹ A prevalência de dor em doentes com carcinoma da próstata metastizado recrutados para ensaios clínicos oscila entre 2% e 46%.¹²⁻¹⁷ No entanto, estas percentagens provavelmente subestimam a prevalência de dor face à seleção de doentes pelos critérios de inclusão para os ensaios clínicos, pelo que não está bem estabelecida a prevalência e gravidade de dor em doentes não seleccionados.¹⁸

Este estudo teve como objetivos avaliar o impacto clínico da aplicação do BPI-SF na abordagem clínica de doentes com cancro da próstata metastizado, determinar a prevalência de dor e o seu impacto na qualidade de vida em doentes com cancro da próstata metastizado.

MATERIAL E MÉTODOS

Coorte prospetiva, com amostragem consecutiva de doentes com cancro da próstata metastizado com consulta programada de Oncologia Médica no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO Porto). Aos doentes que aceitaram participar era solicitada a resposta ao inquérito BPI-SF, preenchido pelo doente com a colaboração, se necessário, da equipa de enfermagem. Numa primeira fase do estudo, os resultados do BPI-SF não foram comunicados ao médico assistente (grupo controlo). Após concluído o recrutamento do grupo controlo, teve início o recrutamento para o grupo de exposição em que o BPI-SF era fornecido ao médico assistente antes de iniciar a consulta. Não foi implementado qualquer protocolo para gestão da dor nem estabelecida qualquer recomendação padronizada para a

terapêutica, pelo que o médico oncologista agia como entendesse mais adequado. Os doentes que reportassem dor foram contactados telefonicamente uma semana após a consulta (\pm 2 dias) para aferir a intensidade média de dor. Na Fig. 1 está representado graficamente o desenho do estudo.

Previamente ao estudo obtivemos parecer favorável para a realização do mesmo pela Comissão de Ética para a Saúde do IPO Porto e autorização para recolha e processamento eletrónico dos dados recolhidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Crítérios de inclusão/exclusão

Incluímos doentes literatos com histologia compatível com adenocarcinoma da próstata não seguidos pela primeira autora, com exames de imagem que comprovassem metastização e que aceitaram participar no estudo. Para a avaliação do impacto da utilização sistemática do BPI-SF na dor excluímos os doentes que não reportassem dor na questão 1 do BPI-SF, doentes seguidos na consulta de Dor Crónica e doentes avaliados em consulta não programada no IPO Porto na semana subsequente à consulta.

Entre março e outubro de 2016, foram recrutados 207 doentes com cancro da próstata metastizado. Excluímos 87 doentes por não cumprirem os critérios de inclusão ou por apresentarem critérios de exclusão (Fig. 2).

Dados recolhidos

O BPI-SF é um questionário que formaliza a avaliação da experiência de dor por intermédio de dois constructos a ela associados, a intensidade e a interferência nas atividades da vida diária, bem como a resposta à analgesia.¹⁰ Esta ferramenta é composta por 11 perguntas, quatro para avaliação da intensidade da dor e sete para aferir o impacto da dor na qualidade de vida, cuja resposta é captada por uma escala numérica, que varia entre 0 e 10, em que valores mais altos correspondem a maior intensidade de dor ou maior interferência da dor nas atividades de vida diária. O BPI-SF foi aplicado imediatamente antes da consulta de Oncologia Médica. Para a avaliação do impacto da consulta programada de oncologia médica no controlo da dor, foi repetida a questão 5 do questionário (dor média na semana prévia à aplicação do BPI-SF), por entrevista telefónica, passados 7 dias (+/- 2 dias) da data de inclusão no estudo.

Extraímos a informação clínica, patológica e terapêutica de cada doente do processo clínico através da utilização de um caderno de recolha de dados padronizado. No que concerne à medicação analgésica, a informação recolhida na questão 7 do BPI-SF (analgesia utilizada pelo doente) foi suplementada, sempre que possível, pela informação no registo clínico.

Medidas de resultado

A medida de resultado primária foi a diferença entre a intensidade média de dor (questão 5 do BPI-SF) registada antes da consulta e a reportada uma semana após a mesma. Adicionalmente, do ponto de vista clínico,

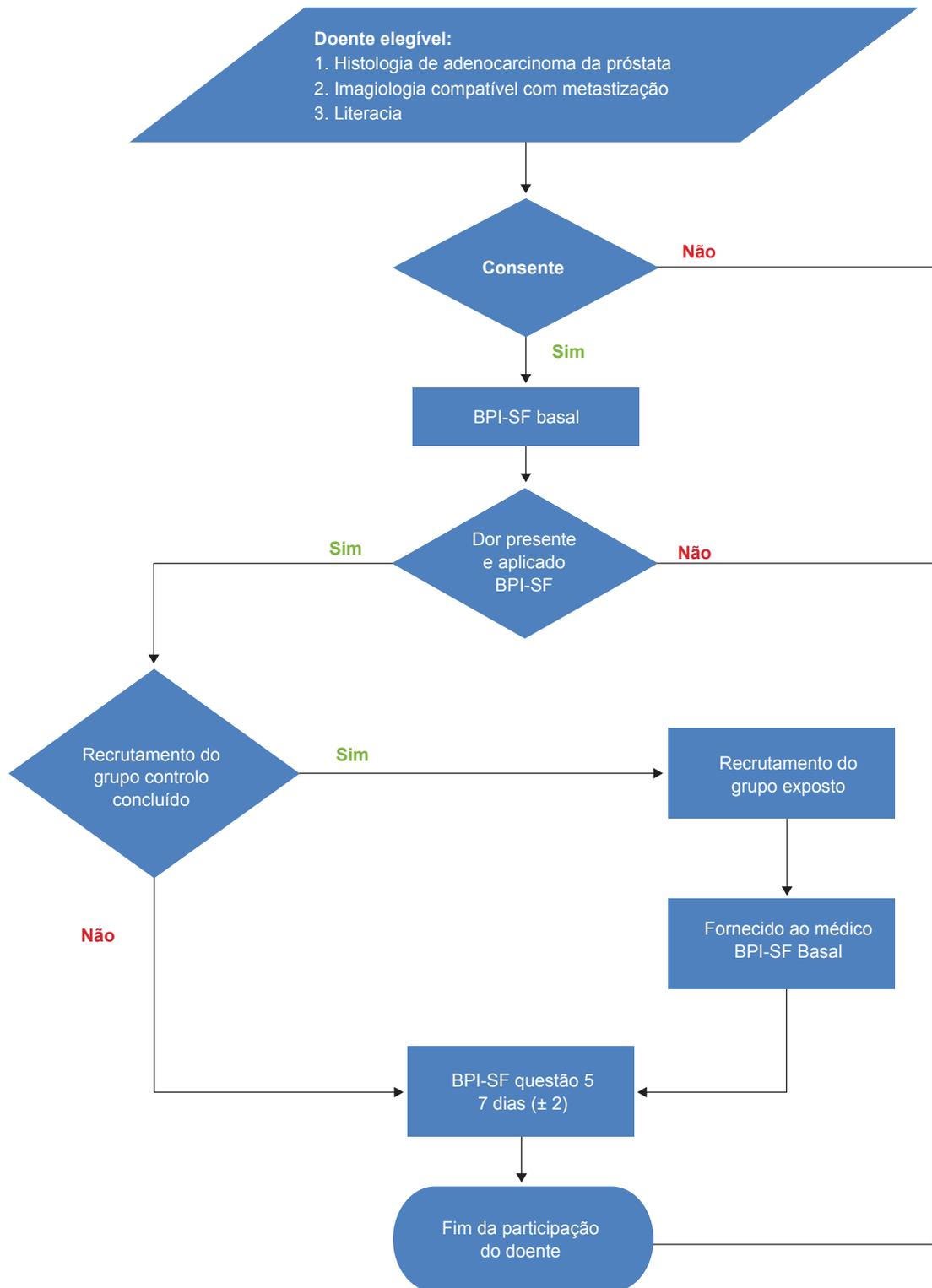


Figura 1 – Desenho do Estudo

considerou-se haver controlo da dor quando se verificava redução em dois pontos do valor de dor média na avaliação uma semana após a consulta.

Análise estatística

O estudo foi desenhado para detetar uma redução média na intensidade média de dor de pelo menos um valor

entre os grupos exposto e controlo, pelo teste *t*. Assumiu-se um desvio padrão da diferença de 1,5 unidades, um nível de confiança de 95% e um poder do teste de 80%; pelo que seriam necessários pelo menos 37 participantes em cada grupo. Decidimos recrutar, no mínimo, 45 doentes para cada um dos grupos de estudo, para compensar eventuais perdas de seguimento.

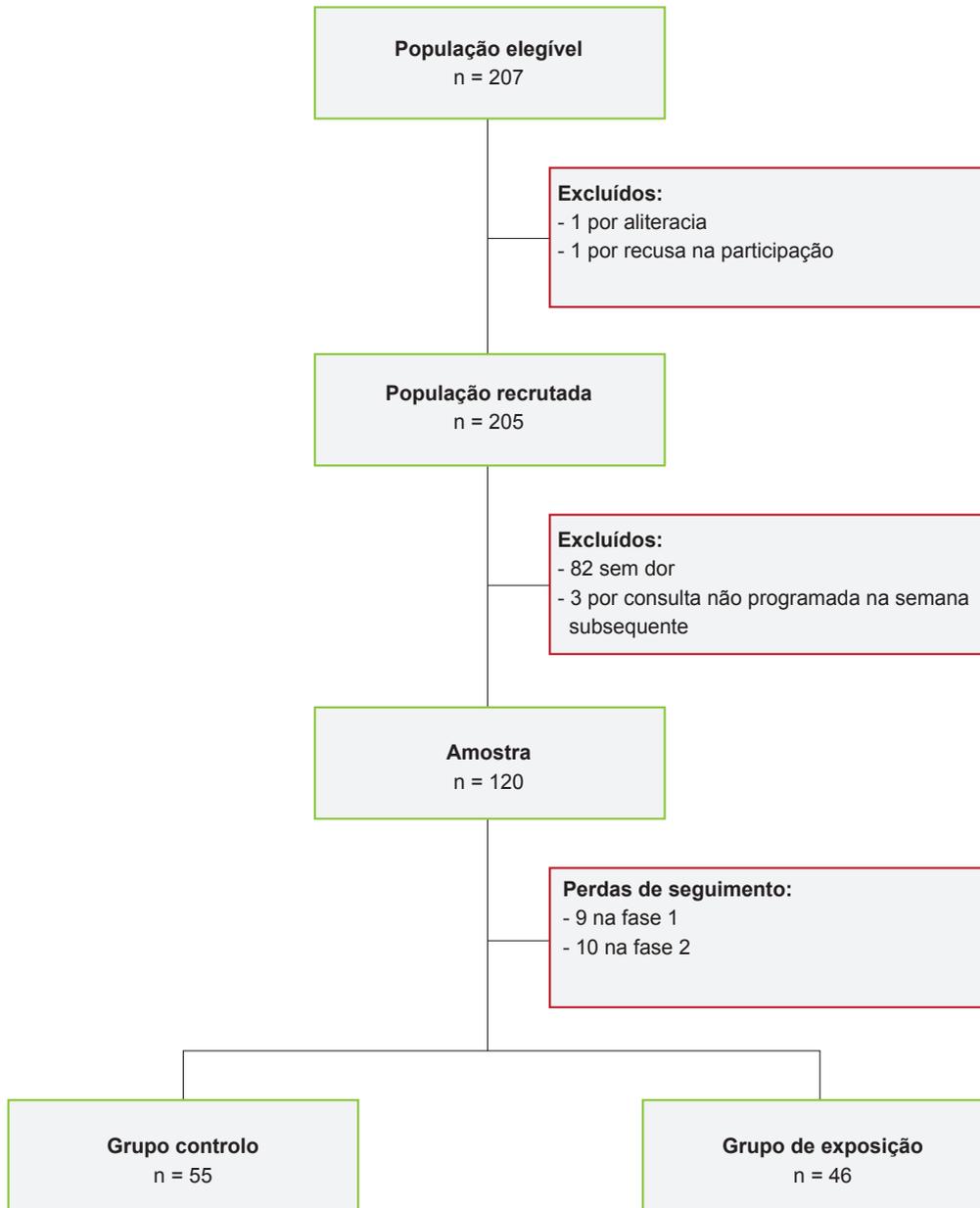


Figura 2 – Fluxograma dos critérios de seleção de doentes

Analísamos as variáveis clínicas, patológicas e terapêuticas por métodos de estatística descritiva, conforme o apropriado para cada variável. Para os itens avaliados pelo BPI-SF, calculámos a média e intervalo de confiança de 95%, bem como a mediana e âmbito interquartil. Adicionalmente, para a análise da intensidade da dor, transformámos a escala numérica numa escala verbal de três categorias: ligeira (1 - 3), moderada (4 - 6) e intensa (≥ 7).¹⁹ Para avaliação da dimensão de interferência nas atividades de vida diária pela dor, calculámos a média dos valores reportados para os sete itens incluídos sempre que se tivesse verificado respostas válidas para quatro dos sete itens. Adicionalmente estimámos a proporção de indivíduos que obtiveram controlo da dor, de forma independente para as duas coortes, bem como os respetivos intervalos de confiança a 95%.

Para a avaliação da medida de resultado primária, consideramos todos os doentes que completaram os procedimentos do estudo. Avaliámos o impacto da consulta de Oncologia Médica pela comparação da distribuição da intensidade média de dor reportada antes e após a consulta. Avaliámos o impacto da comunicação do BPI-SF ao médico assistente na intensidade de dor através de um teste *t* para grupos independentes para a média das diferenças entre a intensidade média de dor reportada antes e após a consulta para cada coorte. Para a variável controlo da dor após uma consulta programada de Oncologia Médica avaliamos o impacto da utilização do BPI-SF através da aplicação do teste de qui-quadrado. Utilizámos modelos de regressão multivariável para estimar o impacto de potenciais fatores de confundimento na medida de impacto da consulta e da comunicação dos resultados do BPI-SF. Considerámos

como variáveis dependentes a redução na escala numérica da dor entre a avaliação inicial e final (regressão linear) e a existência de controlo da dor entre a avaliação inicial e final (regressão logística). Os fatores de confundimento equacionados foram a resistência à castração, exposição prévia a docetaxel, realização prévia de radioterapia antiálgica, realização prévia de cirurgia óssea, presença de fraturas patológicas, prescrição de ácido zoledrónico e história prévia de dor crónica não oncológica. Em todas as comparações assumimos uma probabilidade de erro tipo I de 5%. Dada a natureza exploratória do estudo não foram feitas correções para comparações múltiplas.

Para avaliação da prevalência de dor em doentes com cancro da próstata metastizado considerámos todos os doentes que consentiram participar no estudo.

RESULTADOS

Na amostra, a idade mediana foi de 71 anos e a maioria apresentava um estado funcional classificado como ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) 0 ou 1 (83%). A maioria apresentava metastização óssea (83,7%). Na Tabela 1 descrevem-se as principais características da amostra incluída, bem como a caracterização da amostra que foi perdida no seguimento.

Prevalência e caracterização da dor

A prevalência de dor foi de 60% (IC 95%: 53,3 - 66,7). Em média, a intensidade de dor média na semana anterior à consulta foi de 4,0 (IC 95%: 3,7 - 4,4; percentil 75: 5,0). Quando interrogados quanto à dor máxima e dor mínima na semana que antecedeu a consulta, esta foi classificada, em média, como 6,0 (percentil 75: 8,0) e 1,9 (percentil 75: 3,0), respetivamente (Tabela 2). As localizações álgicas mais frequentes foram as extremidades (52%), a coluna (27,6%) e a cintura pélvica (22,8%). Quando analisada a dor em função de subgrupos de intensidade, a maioria dos doentes

com dor reportava dor de intensidade moderada ou intensa (60%, n = 73). Contudo, apenas 5% apresentavam dor intensa. Dos doentes com dor intensa, metade tinha ECOG \geq 2, mas foi nestes doentes que mais frequentemente a dor foi classificada pelo médico assistente como não oncológica (um em cada três), causada por patologias benignas não relacionadas com o cancro. Nos doentes com dor ligeira e moderada os valores registados de dor não oncológica foram mais baixos, respetivamente, 19,1% e 28,8% (Tabela 3).

Avaliada a interferência que a dor impunha nas atividades da vida diária, esta população valorizava esta interferência em média como 3,8 (IC 95%: 3,3 - 4,3; percentil 75: 5,0). Os domínios mais afetados foram atividade geral, capacidade de andar a pé e trabalho normal (média 5,0; 4,5; 4,6 respetivamente, Tabela 2).

Caracterização da analgesia

Quase um terço dos doentes (30,8%, n = 37) não fazia qualquer medicação analgésica apesar de referir dor. Destes, 59,5% (n = 22) apresentava dor moderada e apenas um doente sem analgesia referia dor intensa (2,7%). Dos doentes com dor ligeira, 46,8% utilizavam AINE e paracetamol e 34% utilizavam medicação opióide. Nos doentes com dor moderada, 52,2% utilizavam AINE (anti-inflamatório não esteroide) e paracetamol e 43,3% usavam opióides. Nos doentes com dor intensa, 66,7% eram utilizadores de AINE e paracetamol e também 66,7% encontravam-se medicados com opióides. O subgrupo com dor moderada era o que apresentava maior utilização de opióides fortes; contudo, nenhum dos doentes do subgrupo com dor intensa usava opióides fortes para o controlo da dor previamente à consulta (Tabela 3).

Após a consulta, verificou-se aumento da utilização de AINE e paracetamol, em ambos os grupos, tal como de opióides. Este aumento da utilização de opióides foi à

Tabela 1 - Caracterização da amostra de doentes com cancro da próstata metastizado e com dor

	Grupo controlo (n = 55)	Grupo exposição (n = 46)	Perdidos no seguimento (n = 19)
Características do doente			
Idade mediana anos	71 (min. - max. 52 - 90)	70 (min. - max.: 47 - 92)	77 (min. - max.: 60 - 83)
ECOG 0 - 1	87%	82,6%	83,3%
ECOG \geq 2	13%	17,4%	16,7%
Dor não oncológica	20,4%	28,3%	31,6%
Características da doença			
Gleason \geq 8	54,7%	50,0%	56,3%
Gleason 7	35,8%	22,7%	37,5%
Gleason \leq 6	9,4%	27,3%	6,3%
Metastização metácrona	65,5%	47,8%	47,4%
Tempo desde metastização (mediana)	20 meses	23,5 meses	20 meses
Metastização óssea	92,7%	80,4%	63,2%
Metastização não óssea	47,3%	41,3%	57,9%
Resistência à castração	78,2%	47,8%	47,4%
Docetaxel prévio	52,7%	37%	31,6%

Tabela 2 - Resultados do BPI-SF efetuado previamente à consulta de Oncologia Médica

Questões do BPI	Amostra global (n = 101)		Grupo controlo (n = 55)		Grupo exposição (n = 46)	
	Mediana (Q25 - 75)	Média (IC 95%)	Mediana (Q25 - 75)	Média (IC 95%)	Mediana (Q25 - 75)	Média (IC 95%)
Severidade da dor						
Q3 – dor máxima	6 (5 - 8)	6 (5,6 - 6,5)	6 (5 - 8)	6,1 (5,5 - 6,7)	6 (5 - 7)	5,9 (5,2 - 6,7)
Q4 – dor mínima	2 (1 - 3)	1,9 (1,5 - 2,2)	2 (1 - 3)	2,1 (1,7 - 2,6)	1 (0 - 2)	1,5 (0,9 - 2,1)
Q5 – dor média	4 (3 - 5)	4 (3,7 - 4,4)	4 (3 - 5)	4,1 (3,7 - 4,7)	4 (3 - 5)	3,8 (3,3 - 4,3)
Q6 – dor no momento prévio à consulta	3 (0 - 4)	2,8 (2,3 - 3,3)	3 (1 - 5)	3,2 (2,5 - 3,9)	2 (0 - 3)	2,3 (1,5 - 3,1)
Interferência atribuível à dor						
Q9 – interferência das AVD	4 (2 - 5)	3,8 (3,3 - 4,3)	4 (3 - 5)	4,1 (3,5 - 4,7)	3,3 (1,3 - 4,6)	3,3 (2,5 - 4,1)
Q9A – atividade geral	5 (2 - 8)	5 (4,3 - 5,7)	5 (3 - 8)	5,4 (4,6 - 6,3)	4 (1 - 7)	4,4 (3,2 - 5,5)
Q9B – disposição	4 (2 - 6)	4,4 (3,7 - 5)	5 (3 - 7)	4,6 (3,8 - 5,4)	4 (1 - 6)	4 (3,1 - 5)
Q9C – capacidade de andar a pé	5 (1 - 7)	4,5 (3,8 - 5,2)	5 (1 - 8)	4,9 (4 - 5,8)	3 (0 - 6)	3,9 (2,7 - 5,1)
Q9D – trabalho normal	4 (1 - 7)	4,6 (3,9 - 5,2)	5 (3 - 8)	5,2 (4,3 - 6,1)	3 (0 - 6)	3,5 (2,5 - 4,6)
Q9E – relação com outras pessoas	2 (0 - 5)	3 (2,3 - 3,6)	2 (0 - 5)	3 (2,2 - 3,9)	1,5 (0 - 4)	2,9 (1,9 - 3,9)
Q9G – sono	2 (0 - 5)	3 (2,4 - 3,6)	2 (0 - 5)	3 (2,2 - 3,8)	2 (0 - 5)	2,9 (1,9 - 4)
Q9G – prazer de viver	1 (0 - 3)	2,3 (2,8 - 3,6)	2 (0 - 5)	2,8 (1,9 - 3,6)	0 (0 - 2)	1,5 (0,7 - 2,3)

custa dos opióides fracos. No grupo controlo houve maior percentagem de doentes medicados com opióides do que no grupo de exposição (Tabela 4). Nos doentes com dor intensa, após a consulta de Oncologia Médica, a percentagem de doentes medicados com opióides fracos passou de 66,7% para 83,3%; contudo, nenhum destes foi medicado com opióides fortes.

Impacto da consulta e da utilização do BPI-SF

Nos 101 doentes que completaram todas as avaliações do estudo, a dor média após a consulta de Oncologia Médica baixou de 3,95 para 3,01, com uma média da diferença estatisticamente significativa (0,94; $p < 0,001$). A redução média da dor no grupo de exposição (1,15 IC 95%: 0,71 - 1,60) foi superior à verificada no grupo controlo (0,76 IC 95%: 0,31 - 1,22) embora esta diferença não seja estatisticamente significativa (0,39 IC 95%: -0,25 - 1,02; $p = 0,227$). Quando ajustada para potenciais variáveis de confusão, através de um modelo de regressão linear multivariável, a diferença passou a ser de 0,17 (IC 95%: -0,55 - 0,88; $p = 0,646$).

A probabilidade de controlo de dor com a disponibilização do BPI-SF ao médico assistente foi de 43,5% em comparação com 30,9% no grupo de controlo, mas este benefício não é estatisticamente significativo (OR = 1,72; $p = 0,193$). O ajuste para fatores de confusão, num mode-

lo de regressão logística multivariável, esteve associado a uma redução da magnitude de associação entre BPI-SF e controlo da dor (OR = 1,51; $p = 0,368$). Dos 37 doentes que tiveram dor controlada (diminuição de ≥ 2 pontos), 8,1% ($n = 3$) referiam dor intensa; 73% ($n = 27$) dor moderada e 18,9% ($n = 7$) dor ligeira. Nos seis doentes que reportaram dor máxima ≥ 7 , a probabilidade de controlo da dor foi de 57,5%, tendo esta diferença impacto estatisticamente significativo quando comparado com os doentes com dor inferior a 7.

DISCUSSÃO

A dor é um sintoma comum nos doentes com cancro da próstata metastizado e o seu tratamento deve ser uma das prioridades do médico oncologista. Elegemos este grupo de doentes pelo potencial alívio da metastização do cancro da próstata, em particular da metastização óssea. No nosso estudo, a prevalência de dor foi superior ao esperado pelos dados reportados em ensaio clínico fase III que incluíram doentes com esta patologia e em diferentes fases da doença. Esta diferença deve-se, provavelmente, a uma amostra menos seletiva do que as identificadas nos principais ensaios clínicos publicados.¹²⁻¹⁷ À data, pelo que é conhecido pelos autores, este é o primeiro estudo que permitiu conhecer a prevalência de dor em doentes com cancro da próstata metastizado na população portuguesa.

Tabela 3 - Caracterização da amostra relativa à escala categórica nominal

	Dor ligeira (n = 47)	Dor moderada (n = 67)	Dor intensa (n = 6)
Características dos doentes			
Idade ≥ 65 anos	78,7%	85,1%	100%
ECOG 0-1	93,5%	81,8%	50%
Dor não oncológica	19,1%	28,8%	33,3%
Características da doença			
Metastização óssea	91,5%	76,1%	100%
Resistência à castração	63,8%	58,2%	83,3%
Tempo de metastização > 12 meses	74,5%	59,7%	100%
Características da analgesia			
Analgesia	70,2%	67,2%	83,3%
Paracetamol	25,5%	34,3%	50%
AINE	21,3%	17,9%	16,7%
Corticosteroides	36,2%	41,8%	50%
Adjuvantes	12,8%	7,5%	0
Opióides prévios	34%	43,3%	66,7%
Opióides fracos	25,5%	25,4%	66,7%
Opióides fortes	8,5%	17,9%	0
Radioterapia antiálgica	12,8%	9%	0
Características do tratamento onco-específico			
Zoledronato	40,4%	43,3%	33,3%
Docetaxel	44,7%	41,8%	50%

Tabela 4 - Medicação analgésica

Medicação analgésica	Grupo controlo (n = 55)		Grupo exposição (n = 46)	
	Antes	Após	Antes	Após
Paracetamol	35,9%	39,1%	26,8%	32,1%
AINE	18,8%	20,3%	19,6%	19,6%
Opióides fortes	15,6%	15,6%	10,7%	10,7%
Opióides fracos	34,4%	45,3%	19,6%	26,8%
Adjuvantes	12,5%	12,5%	5,4%	8,9%
Corticosteroides	48,4%	48,4%	30,4%	30,4%
Terapêuticas tópicas	1,6%	1,6%	1,8%	1,8%

Apesar de representar apenas um centro oncológico de referência, e como tal poder sobrestimar a sua prevalência por viés de referenciação, consideramos que este risco é baixo, dado serem admitidos e seguidos na instituição doentes em todas as fases da doença e a instituição admitir por ano cerca de 37% dos doentes com cancro da próstata diagnosticados na região Norte e 13% dos diagnosticados em Portugal.²⁰⁻²²

A utilização de ferramentas padronizadas para avaliação de dor permite conhecer melhor a experiência subjetiva que lhe está associada. A maioria dos doentes apresentava dor localizada ao esqueleto apendicular, local de menor frequência de metastização no contexto do cancro da próstata. Tal poder-se-á explicar pela frequência de síndromes dolorosas não associadas à doença oncológica. O subgrupo com dor intensa foi o que em maior número

apresentou dor classificada pelo médico assistente como não oncológica, o que nos faz pensar no importante contributo pelas patologias não oncológicas para a dor na nossa amostra. A intensidade média da dor média na semana que antecedeu a consulta foi de 3,95 e a maioria dos doentes reportava dor moderada. Um dos critérios de exclusão foi o seguimento em dor crónica ou avaliação não programada na semana seguinte ao preenchimento do BPI de forma a eliminar outra interferência na terapêutica que não a do médico assistente; desta forma, excluímos os doentes com dor potencialmente mais intensa, o que pode subestimar a sua intensidade no nosso estudo. Adicionalmente, as dimensões funcionais que maior interferência sofreram pela dor foram as associadas à mobilidade. Este padrão de dor associado à mobilidade também é frequentemente associado a patologia não oncológica, que há que ter em

conta atendendo à mediana de idades da nossa amostra. De ressaltar que o valor médio da interferência nas atividades diárias foi superior ao valor médio de dor, o que levanta a questão de uma eventual desvalorização da dor por parte dos doentes.

No que concerne à analgesia, registamos uma utilização elevada de corticosteroides. Apesar de ser um conhecido anti-inflamatório, no âmbito do cancro da próstata metastizado esta classe terapêutica é utilizada concomitantemente às terapêuticas onco-específicas, sendo a valorização do contributo destes fármacos para o controlo da dor difícil de contabilizar.

Dos doentes com dor intensa, nenhum estava medicado com opióides. De salientar que a amostra incluía, não só doentes em consultas subsequentes mas também doentes avaliados em primeira consulta, o que incluía doentes *naïve* de terapêutica analgésica de segundo ou terceiro patamar da escada analgésica.

Este estudo pretendeu aferir qual o benefício clínico da avaliação sistemática da dor pelo BPI-SF em doentes com cancro da próstata metastizado. Apesar de um desenho não experimental, as características clínicas dos doentes incluídos em cada grupo encontravam-se bem balanceadas e típicas desta população de doentes. Após a realização da consulta, verificou-se uma redução estatisticamente significativa da intensidade média de dor em 0,94 valores, mas a utilização explícita do BPI-SF não esteve associada a uma redução significativa da intensidade média de dor (0,39 valores; $p = 0,227$). O estudo foi desenhado como um poder de 80% para aferir uma diferença de 1 valor na intensidade média de dor. Considerando que uma diferença clinicamente significativa se cifraria numa redução média de 1,5 a 2 valores e que a correção da medida de associação para potenciais fatores de confusão esteve associada a uma diminuição da sua magnitude, é improvável que a utilização isolada desta ferramenta, sem que se associem outras medidas potenciadoras de maior eficácia clínica, seja benéfica para estes doentes. Uma das medidas possíveis seria a utilização sistemática desta ferramenta, em particular após formação e treino das equipas médicas, de forma a valorizar cada uma das dimensões do BPI-SF. Por outro lado, o seu uso mais rotineiro poderia facilitar a compreensão e familiarização entre a população de doentes oncológicos, auxiliando na comunicação eficaz entre médi-

co e doente. Será necessário, portanto, no futuro, explorar a utilidade clínica da avaliação sistemática e continuada da dor pelo BPI-SF ou a sua utilidade quando associada a um programa de educação médica para o diagnóstico e tratamento da dor.

CONCLUSÃO

A utilização do BPI-SF na rotina é viável. Esta avaliação sistemática da dor permite ao médico assistente um melhor conhecimento da dor e, por conseguinte, um maior controlo algico embora este impacto seja estatisticamente não significativo. Consideramos que pode ser uma ferramenta útil na sua avaliação, pela sistematização e padronização da informação a ela associada. A implementação de programas de treino em gestão de dor crónica e a utilização continuada no tempo desta ferramenta poderá permitir, a prazo, uma maior valorização de cada uma das dimensões avaliadas e conseqüente melhoria da qualidade do controlo da dor e conseqüente qualidade de vida dos doentes com cancro da próstata metastizado. Esta amostra representa uma população que carece de avaliação da dor padronizada e metódica de forma a melhor individualizar o tratamento analgésico.

AGRADECIMENTOS

À equipa de enfermagem que colaborou na aplicação do BPI-SF (Isabel Vieira, José Silva, Manuela Vilhena).

Aos médicos internos que colaboraram na recolha de informação (Ana Simas, Sofia Patrão).

PROTEÇÃO DE PESSOAS E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Foi obtido parecer favorável prévio à realização do estudo junto da Comissão de Ética para a Saúde do IPO Porto e autorização para recolha e processamento eletrónico dos dados recolhidos pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum dos autores apresenta conflito de interesses

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Swarm RA, Abernethy AP, Angheliescu DL, Benedetti C, Buga S, Cleeland C, et al. National Comprehensive Cancer Network – Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw. 2013;11:992-1022.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain- Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: International Association of Study of Pain Press; 1994.
- Lesage P, Portenoy RK. Trends in cancer pain management. Cancer Control. 1999;6:136-45
- Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol. 2007;18:1437-49.
- Portenoy RK. Epidemiology and syndromes of cancer pain. Cancer. 1989;2298-307
- Farrar JT. Advances in clinical research methodology for pain clinical trials. Nat Med. 2010;16:1284-93.
- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med. 1994;330:592-6.
- Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. Clin J Pain. 2004;20:309-18.
- De Andrés Ares J, Cruces Prado LM, Canos Verdecho MA, Penide Villanueva L, Del Valle Hoyos M, Herdman M, et al; Validation of the short form of the brief pain inventory (BPI-SF) in Spanish patients with non-cancer-related pain. Pain Pract. 2015;15:643-53.
- Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, Castro-Lopes JM. Translation, cultural adaptation and multicentric validation

- study of chronic pain screening and impact assessment instruments. *Dor*. 2007;6-56.
11. Autio KA, Bennett AV, Jia X, Fruscione M, Beer TM, George DJ, et al. Prevalence of pain and analgesic use in men with metastatic prostate cancer using a patient-reported outcome measure. *J Oncol Pract*. 2013;9:223-9.
 12. De Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, Hansen S, Machiels JP, Kocak I, et al. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. *Lancet*. 2010;376:1147-54.
 13. Scher HI, Fizazi K, Saad F, Taplin ME, Sternberg CN, Miller K, et al. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med*. 2012;367:1187-97.
 14. Petrylak DP, Tangen CM, Hussain MH, Lara PN Jr, Jones JA, Taplin ME, et al. Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. *N Engl J Med*. 2004;351:1513-20.
 15. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, Horti J, Pluzanska A, Chi KN, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. *N Engl J Med*. 2004;351:1502-12.
 16. Ryan CJ, Smith MR, de Bono JS, Molina A, Logothetis CJ, de Souza P, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med*. 2013;368:138-48.
 17. Fizazi K, Scher HI, Molina A, Logothetis CJ, Chi KN, Jones RJ, et al. Abiraterone acetate for treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: final overall survival analysis of the COU-AA-301 randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol*. 2012;13:983-92.
 18. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009;20:1420-33.
 19. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*. 2008;101:17-24.
 20. RORENO. Registo Oncológico Regional do Norte 2010. Porto: IPO; 2015.
 21. RORENO. Registo Oncológico Nacional 2016. Porto: IPO; 2016.
 22. Registo Oncológico 2010. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. Porto: IPO; 2012.