

Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment

Prevalência de opiofobia no tratamento da dor oncológica

Igor Furlan Cella¹, Lillian Cristine Teixeira Trindade², Lucas Vasconcelos Sanvido¹, Thelma Larocca Skare¹

DOI 10.5935/1806-0013.20160081

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain depreciates patients' quality of life, even influencing disease recovery. This study aimed at evaluating the prevalence of pain and opiophobia as barrier for the adequate management of cancer pain.

METHODS: Participated in the study 280 cancer patients in clinical treatment, who have answered a questionnaire made up of questions related to pain and use of opioid drugs. Demographic and clinical data were obtained by reviewing medical charts. The study was individually and randomly applied by the authors during outpatient visits.

RESULTS: Prevalence of pain was 50.3%; 19.2% of patients would refuse morphine for pain control and fear of dependence was the most reported reason. The perception that morphine is directly related to worsening the disease was reported by 67.8% of respondents.

CONCLUSION: A high prevalence of moderate and severe pain was found among studied patients, as well as a high prevalence of opiophobia.

Keywords: Chronic pain, Fear, Morphine, Opioid analgesics, Pain.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor se apresenta como fator depreciativo da qualidade de vida dos pacientes, influenciando inclusive na recuperação da doença. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da dor e da opiofobia, enquanto barreira ao manuseio adequado deste sintoma em pacientes com câncer.

MÉTODOS: Foram avaliados 280 pacientes com câncer em tratamento clínico dessa doença, que responderam a um questionário composto por questões relacionadas à dor e ao uso de fármacos opioides. Os dados demográficos e clínicos foram obtidos por meio de revisão de prontuários. O estudo foi aplicado individualmente pelos autores ao acaso, durante o atendimento ambulatorial.

RESULTADOS: A prevalência de dor encontrada foi de 50,3%; 19,2% dos pacientes recusariam a morfina como tratamento da dor e o medo da dependência foi o motivo mais relatado. A percepção de que o uso da morfina tem relação direta com o agravamento da doença foi descrita por 67,8% dos entrevistados.

CONCLUSÃO: A alta prevalência de dor moderada e intensa foi encontrada nos pacientes estudados, bem como uma elevada prevalência de opiofobia.

Descritores: Analgésicos opioides, Dor, Dor crônica, Medo, Morfina.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs que a dor em pacientes com câncer é uma emergência médica mundial. Nessa população a dor moderada ou intensa está presente em 30% dos indivíduos já em tratamento e sua prevalência aumenta com a progressão da doença, chegando a acometer 50 a 75% dos pacientes¹. Isso afeta negativamente a qualidade de vida (QV) dessa população, gerando alterações de apetite, sono e humor, comprometendo a sua recuperação².

O conhecimento de que o sintoma álgico não resulta apenas da percepção do nervo sensitivo à uma lesão tecidual, mas de componentes emocionais, da espiritualidade e de fatores sociais, levou à qualificação da dor oncológica como dor total³.

Sabe-se que 60 a 80% dos sintomas dolorosos em pacientes com câncer são atribuídos à própria doença; 20 a 25% ao tratamento antitumoral e apenas 5 a 10% a causas não neoplásicas; contudo, os componentes emocionais e cognitivos podem ser responsáveis pela persistência e gravidade do sintoma³.

Diante do exposto, o primeiro Consenso Nacional para tratamento da dor oncológica, desenvolvido pela OMS, determinou que os analgésicos opioides seriam a base para o tratamento. Todavia, algumas pesquisas têm revelado falha no manuseio da dor em cerca de 40 a 70% dos pacientes^{3,4}. Isso tem se tornado um problema frequente nos serviços de oncologia clínica.

Diante disso, três tipos de barreiras ao tratamento da dor foram evidenciadas: as barreiras do sistema de saúde, as dos profissionais e as dos pacientes⁴. Para a presente pesquisa, foram analisados somente os obstáculos impostos pelos pacientes alusivos aos analgésicos opioides, designados opiofobia.

Por opiofobia entende-se o medo de usar fármacos opioides. Na maioria das vezes, a fobia se estabelece pelos mitos que perseguem os derivados do ópio, associados à ignorância sobre seus efeitos sistêmicos⁵. A variedade de fatores de impedimento ao uso do fármaco, descritos pelos pacientes e familiares, é muito abrangente. Alguns relatam, por exemplo, receio de utilizar esse tipo de anal-

1. Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

2. Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil.

Apresentado em 25 de julho de 2016.

Aceito para publicação em 03 de novembro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas

81520-060 Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: igorfcella@gmail.com

gesia por acreditarem na relação direta de sua prescrição com a evolução da doença ou com a iminência da morte. Não obstante a abundância de fatores, o medo da dependência ainda é o mais relatado⁶. É nesse contexto que se insere o presente estudo, objetivando avaliar a prevalência da dor e da opiofobia em pacientes com câncer.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter transversal com pacientes em tratamento clínico exclusivo de neoplasia maligna no serviço ambulatorial de um hospital oncológico. Para a determinação da amostra, foi utilizado o cálculo de amostra de proporções, com 95% de confiança e 5% de erro, e os pacientes foram convidados a participar da pesquisa de forma aleatória. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes em tratamento clínico exclusivo de neoplasia maligna capazes de responder ao questionário proposto. Excluíram-se os pacientes cujo tratamento cirúrgico exclusivo foi considerado resolutivo, os menores de 18 anos e os pacientes com incapacidade intelectual para responder o questionário proposto.

Primeiramente todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em seguida responderam um questionário elaborado pelos autores, baseado nos estudos de Colak et al.⁵, Gunnarsdottir, Serlin e Ward⁷ e Jacobsen et al.⁸ A coleta dos dados ocorreu entre abril e junho de 2015.

O questionário foi composto por 18 questões, em sua maioria de múltipla escolha, as quais foram divididas em perguntas referentes aos dados gerais, ao sintoma doloroso e às barreiras ao controle da dor. Para a coleta de informações gerais foram elaboradas perguntas sobre etilismo, tabagismo e uso contínuo de fármacos para dormir. Os dados referentes ao sintoma algico foram obtidos por meio de questões sobre a existência da dor; a frequência do sintoma; os fármacos utilizados para seu manuseio e sua intensidade, classificada conforme a escala numérica de intensidade da dor, que utiliza valores zero a 10 (zero = ausência de dor e 10 = a pior dor já sentida), podendo ser classificada em dor leve (valor de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10)⁹. Por último, para a identificação da opiofobia, os pacientes responderam qual tipo de fármaco acreditavam ser a morfina; se usariam ou não o fármaco caso fosse prescrito por seu médico; qual o motivo de não usá-lo e se associavam o uso da morfina com a evolução de sua doença ou com a proximidade da morte. A coleta dos dados epidemiológicos como etnia, idade e origem do tumor foi realizada por meio de revisão de prontuários.

Análise estatística

Para a análise estatística, os dados foram registrados no programa Microsoft Excel[®], para posterior análise descritiva das variáveis coletadas e cruzamento dos dados. Os dados para análise descritiva foram agrupados em tabelas de frequência, expressas em porcentagens. As medidas de tendência central foram expressas em média e desvio padrão nos casos de amostras gaussianas e, em medianas e intervalos interquartis (IIQ) se não gaussianas. Para o cruzamento dos dados, foram utilizados os testes de Qui-quadrado e Mann-Whitney. A significância adotada foi igual ou menor que 0,05.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Erasto Gaertner (Curitiba – PR) sob protocolo de nº 1.027.681.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 280 pacientes, sendo 61,7% (173) mulheres e 38,2% (107) homens, com idade entre 20 e 89 anos (média de 53,1±13,9). De acordo com os prontuários revisados, 89,6% (251) dos pacientes eram caucasianos, 10% (28) afrodescendentes e 0,3% (1) asiático.

Cerca de 30% (84) dos avaliados eram fumantes. O uso de bebidas alcoólicas foi relatado por 10% (28) dos pacientes e destes, apenas 7 as ingeriam regularmente (de duas vezes por semana até uso diário). O uso de fármacos indutores do sono foi descrito por 10,3% (29). No que se refere à origem dos tumores, observou-se maior prevalência das neoplasias da mama e colorretal, como descrito na tabela 1.

Tabela 1. Neoplasias segundo o órgão de origem

| | n | % |
|---------------------------|----|-------|
| Colo uterino | 11 | 3,93 |
| Colorretal | 33 | 11,79 |
| Esôfago | 4 | 1,42 |
| Leucemia linfóide crônica | 9 | 3,21 |
| Leucemia mieloide crônica | 9 | 3,21 |
| Linfoma Hodgkin | 8 | 2,86 |
| Linfoma não Hodgkin | 26 | 9,29 |
| Mama | 71 | 25,36 |
| Melanoma | 5 | 1,78 |
| Mieloma múltiplo | 7 | 2,50 |
| Orofaringe | 9 | 3,21 |
| Ovário | 5 | 1,78 |
| Próstata | 5 | 1,78 |
| Pulmão | 4 | 1,42 |
| Testículo | 8 | 2,86 |
| Outros | 66 | 23,57 |

O sintoma dor foi relatado por 50,3% (141) dos entrevistados. A intensidade do sintoma variou de 2 a 10 pontos na escala numérica, com mediana de 7,0 (IIQ =5,0-8,0). Em 10,6% (15) da população sintomática a dor foi considerada leve, em 48,9% (69) moderada e em 40,4% (57) intensa. A frequência do sintoma nesses pacientes foi reportada como diária por 53,9% (76), entre 3 e 5 dias da semana por 23,4% (33) e em menos de 3 dias na semana por 22,6% (32). Alguns pacientes, 27,1% (76) da amostra, afirmaram não apresentar suas queixas dolorosas aos médicos assistentes e 31,7% (89) relataram jamais ter recebido informações desses profissionais sobre o sintoma dor no câncer.

Os fármacos utilizados para analgesia estão descritos na tabela 2.

Tabela 2. Fármacos usados para o controle da dor

| | n | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Analgésico simples | 79 | 56,02 |
| Anti-inflamatório não hormonal | 25 | 17,70 |
| Opioide fraco | 43 | 30,04 |
| Opioide forte | 23 | 16,30 |
| Anticonvulsivante | 10 | 7,09 |
| Glicocorticoide | 4 | 2,80 |
| Antidepressivo | 1 | 0,70 |

Acerca do conhecimento sobre a morfina, mais da metade dos pacientes, 57,1% (160), reconheceram o fármaco como um “remédio” para a dor, não sabendo classificá-lo; 23,5% (66) dos pacientes o desconheciam; apenas 14,6% (41) conheciam com especificidade,

classificando-a como analgésico opioide e os demais a classificaram de forma inadequada.

O consentimento em receber a morfina como fármaco para o controle da dor, sem qualquer tipo de objeção, foi relatado por 80,7% (226) dos entrevistados, com três abstenções. Já 19,2% (54) dos pacientes recusariam o fármaco como sua terapia, mesmo se prescrita por seus médicos, alegando em 65,2% dos casos o medo do vício, em 34,7% medo dos efeitos adversos e em 30,4% medo da tolerância.

Tabela 3. Percepção sobre o uso de opioides

| | n | % |
|--------------------------------|-----|-------|
| Associada ao agravo da doença | 190 | 67,85 |
| Associada à iminência da morte | 115 | 41,07 |

Não houve influência da idade e do gênero dos pacientes na decisão de usar a morfina como fármaco de controle do sintoma, quando prescrita por seus médicos, obtendo-se $p=0,07$ e $p=0,74$ respectivamente.

A não adesão a terapêuticas por via injetável foi referida apenas por 3,9% (11) dos estudados e a convicção de que o sintoma doloroso em pacientes com câncer pode ser controlado foi relatada pela grande maioria, 91% (255) dos pacientes.

DISCUSSÃO

A dor age como fator depreciativo da QV e da recuperação de um grande contingente de pacientes com câncer e, apesar disso, o manuseio desse sintoma continua inadequado para essa população. Van den Beuken-van Everdingen et al.¹⁰ indicaram que a prevalência da dor em pacientes com neoplasia maligna seria de 59%. No presente estudo não houve grande contraste em relação a esse índice, uma vez que se verificou a presença do sintoma em 50,3% dos pacientes.

Os indicadores do sintoma álgico, observados na presente pesquisa, mostraram-se semelhantes aos apresentados pela literatura, apesar das particularidades das amostras. Enquanto neste estudo dores intensas foram evidenciadas em 40,4% dos pacientes portadores do sintoma, Silva et al. apuraram 32% de dores intensas dentre os pacientes com neoplasia maligna¹¹. Na tentativa de identificar barreiras determinantes para controle inadequado da dor, este estudo evidenciou que 27% dos pacientes não apresentavam suas queixas dolorosas a seus respectivos médicos assistentes. Essa atitude costuma ser decorrente do fato de que muitos pacientes entendem a dor como um sintoma inerente ao câncer e, portanto, acreditam que esta não é passível de controle⁸. Nesta pesquisa, porém, apenas 9% dos entrevistados afirmaram que a dor no câncer não pode ser controlada. Ainda, sobre o conhecimento dos pacientes a respeito do fármaco, o estudo evidenciou que 57,1% dos pacientes apontaram a morfina como fármaco para a dor, contra 15,1% da população estudada por Fiedler et al.¹². Ademais, 14,6% dos pacientes mostraram-se mais instruídos a respeito do fármaco ao classificá-lo na categoria correta. Os dados do estudo indicam, portanto, que a maioria da população é familiarizada com a função do fármaco, o que não reduz a importância das orientações sobre o opioide. O trabalho de Grant et

al. afirmou que mesmo os pacientes que têm conhecimento parcial sobre o fármaco, apresentam obstáculos à sua terapia¹³.

Quanto à incidência de opiofobia obtida nesta amostra como mais uma barreira ao manuseio adequado da dor, alguns índices foram evidenciados. O presente estudo revelou que 19,2% dos pacientes recusariam a morfina, mesmo se prescrita por seus médicos, *versus* 12% encontrados por Colak et al.⁵. No estudo citado, os principais motivos de recusa foram o medo da dependência (53,4%), seguido dos princípios religiosos (25%). Já neste estudo, observou-se um índice de 65,2% de fobia à dependência, seguido pelo medo dos efeitos adversos (34,7%). O receio à tolerância foi o terceiro mais relatado em ambos os estudos, aparecendo em 30,4% da amostra atual. Colak et al. evidenciaram ainda a influência do gênero e da idade na decisão de aceitar a morfina quando prescrita por seus médicos; entretanto esses fatores não foram determinantes neste estudo.

Por fim, destaca-se que grande parte da amostra relaciona o uso de morfina com a piora de seu estado de saúde (67,85%) e com proximidade da morte (41,07%), fato já observado em outros estudos^{13,14}.

CONCLUSÃO

A presente análise mostra que existe alta prevalência de opiofobia nos pacientes em tratamento da dor oncológica, a qual não sofre influência do gênero ou idade do paciente. O estudo evidenciou alta prevalência de dor moderada e intensa nessa população, não obstante a evolução de sua terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Salamonde GL, Verçosa N, Barrucand L, Costa AF. [Clinical and therapeutic analysis of oncology patients treated at the pain and palliative care program of the Hospital Universitário Clementino Fraga Filho in 2003]. *Rev Bras Anestesiologia*. 2006;56(6):602-18. Portuguese.
- Varoli FK, Pedrazzi V. Adapted version of the McGill pain questionnaire to Brazilian Portuguese. *Braz Dent J*. 2006;17(4):328-35.
- Maltoni M. Opioids, pain, and fear. *Ann Oncol*. 2008;19(1):5-7.
- Costa CA, Santos C, Alves P, Costa A. Dor oncológica. *Rev Port Pneumol*. 2007;13(6):855-67.
- Colak D, Oguz A, Yaziltilas D, Imamoglu IG, Altinbas M. Morphine: patient knowledge and attitudes in the central anatolia part of Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(12):4983-8.
- Bashayreh A. Opioidphobia and cancer pain management. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2011;33(1):60-1.
- Gunnarsdottir S, Serlin RC, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Icelandic Barriers Questionnaire II. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(3):273-85.
- Jacobsen R, Moldrup C, Christrup L, Sjogren P, Hansen OB. The Danish Barriers Questionnaire-II: preliminary validation in cancer pain patients. *Pain Pract*. 2009;9(4):266-74.
- Oliveira PM, Trindade LCT. Manejo da dor no paciente com doença oncológica: orientações ao médico residente. *Rev Méd Resid*. 2013;15(4):298-304.
- 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(9):1437-49.
- Silva PB, Trindade LC, Gallucci MC, Schirr RA. Prevalence of malnutrition and pain in patients admitted by the screening service of an oncologic hospital. *Rev Dor*. 2013;14(4):263-6.
- Fiedler L, Elsner F, Rajagopal M, Pastrana T. Associations to pain and analgesics in Indian pain patients and health workers. *Pain Manag*. 2015;5(5):349-58.
- Grant M, Ugalde A, Vafiadis P, Philip J. Exploring the myths of morphine in cancer: views of the general practice population. *Support Care Cancer*. 2015;23(2):483-9.
- Reid CM, Gooberman-Hill R, Hanks GW. Opioid analgesics for cancer pain: symptom control for the living or comfort for the dying? A qualitative study to investigate the factors influencing the decision to accept morphine for pain caused by cancer. *Ann Oncol*. 2008;19(1):44-8.