

Difficult situation in cancer pain: breakthrough pain*

Situação difícil em dor oncológica: dor do tipo breakthrough

Rafael Toledo Enes Nogueira¹, Érica Brandão de Moraes Vieira², Luis Henrique Albuquerque Sousa¹, João Batista Santos Garcia³

*Recebido da Universidade Federal do Maranhão, Liga Acadêmica de Dor, São Luís, MA, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20140010

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Breakthrough pain is frequent among cancer patients and is poorly studied in Brazil. This study aimed at evaluating the characteristics of breakthrough pain and at comparing its evolution during three days.

METHODS: This is a longitudinal study where a specific questionnaire developed for the study was applied and was made up of socio-demographic data (age, gender, marital status, profession, income, origin), cancer-related data (types of primary tumor, presence of metastases, therapeutic approach with chemotherapy and/or radiotherapy, surgical treatment and drugs) and parameters related to breakthrough pain (number of daily episodes, duration of crisis, intensity, pain onset velocity and types of breakthrough pain: spontaneous, incidental, drug failure at the end of the dose).

RESULTS: Most patients were females (71.7%), aged between 30 and 50 years (41.7%), under concomitant chemotherapy and radiotherapy (41.7%) and had cervical cancer (54.2%). Mean pain intensity was 7, with standard deviation of 2.3. With regard to breakthrough pain, there have been no statistically significant differences in the three evaluation moments. During the three evaluations, it was observed that there has been decrease in the percentage of patients with pain for more than 15 minutes in the third evaluation ($p=0.004$). There has been no difference in pharmacological profile among the three evaluations ($p=0.34$).

CONCLUSION: Breakthrough pain was frequent among the studied population. The use of opioids was effective to decrease pain duration and spontaneous pain.

Keywords: Cancer pain, Incidental pain, Irruptive pain, Opioid.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor do tipo *breakthrough* ocorre com frequência em pacientes oncológicos e é pouco estudada no Brasil. Este estudo teve como objetivo estudar as características da dor do tipo *breakthrough* e comparar a evolução durante três dias.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo longitudinal em que foi aplicado um questionário específico criado para a pesquisa e composto por dados sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, profissão, renda, procedência), dados referentes ao câncer (tipos de tumor primário, existência de metástase, abordagem terapêutica como quimioterapia e/ou radioterapia, tratamento cirúrgico e fármacos) e parâmetros referentes à dor do tipo *breakthrough* (número de episódios por dia, duração da crise, intensidade, velocidade de início da dor e as variedades de dor do tipo *breakthrough*: espontânea, incidental e falha do fármaco no final da dose).

RESULTADOS: A maioria era do gênero feminino (71,7%), com idade de 30 a 50 anos (41,7%), realizava quimioterapia e radioterapia concomitante (41,7%), e tinha câncer de colo uterino (54,2%). A média da intensidade dolorosa foi 7, com desvio padrão de 2,3. Em relação à presença de dor do tipo *breakthrough*, não houve diferença estatisticamente significativa nos três momentos de avaliação. Durante as três avaliações observou-se que houve redução no percentual de pacientes que sentiam dor com tempo acima de 15 minutos na terceira avaliação ($p=0,004$). Não houve diferença entre as três avaliações quanto ao perfil farmacológico ($p=0,34$).

CONCLUSÃO: A dor do tipo *breakthrough* foi frequente na população estudada. O uso de opioides mostrou eficácia na diminuição do tempo de dor e dor espontânea.

Descritores: Dor incidental, Dor irruptiva, Dor neoplásica, Opióide.

INTRODUÇÃO

A experiência dolorosa pode ocorrer em qualquer momento durante a doença e pode ser ocasionada por diversos mecanismos, como por participação direta do tumor, terapias antineoplásicas e outras causas não relacionadas ao câncer¹. Além disso, muitos indivíduos com câncer procuraram um profissional de saúde por causa da dor, que pode ser o primeiro sinal de malignidade²⁻⁴.

Em artigo de revisão foi demonstrado que a prevalência da dor oncológica em pacientes com metástase ou doença avançada é de 64%, enquanto que essa prevalência era quase duas vezes menor em pacientes curados. Revela ainda que a maioria dos pacientes (59%) em tratamento antineoplásico refere dor. A dor foi avaliada como moderada a intensa por cerca de um terço do total de pacientes⁵.

A essa problemática soma-se o fato de que o número de sobreviventes

1. Universidade Federal do Maranhão, Liga Acadêmica de Dor, São Luís, MA, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

3. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

Apresentado em 05 de novembro de 2013.

Aceito para publicação em 17 de fevereiro de 2014.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Érica Brandão de Moraes Vieira

Av. Bahia, Condomínio Gran Village Turu III, casa 28

65065-770 São Luís, MA, Brasil.

E-mail: enfermeira_ERICA@yahoo.com.br

tes de câncer aumentará significativamente na próxima década e que a avaliação da qualidade de vida desses pacientes deve suplantar a simples avaliação de sobrevida, tendo que incluir novas preocupações tais como a dor crônica e persistente, que pode acompanhá-los por décadas⁶. Outra grande preocupação é que apesar de tratamentos efetivos estarem disponíveis em 70 a 90% dos casos, o tratamento inadequado ainda ocorre em 40 a 50% dos pacientes aumentando ainda mais suas queixas e a intensidade da dor⁴.

O alívio da dor pode ser alcançado em mais de 75% dos pacientes que recebem tratamento analgésico adequado por meio de condutas farmacológicas, tais como o uso de opioides e adjuvantes, como sugerido pela escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem estar atentos, pois há diversas barreiras ao tratamento da dor oncológica que geram uma discrepância entre a expectativa de melhora e o real alívio obtido. Algumas dessas barreiras são a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, a atitude frente à dor como sintoma de menor importância, a falta de métodos objetivos para avaliação da dor, a inadequada educação dos pacientes e seus familiares sobre o tema, a dificuldade de acesso aos opioides em algumas localidades, entre outras^{8,9}. Dentro de tão ampla problemática, tem se destacado nos últimos anos a pesquisa da dor do tipo *breakthrough*, por ser extremamente relacionada à diminuição da qualidade de vida do paciente a despeito do tratamento realizado, e por ser uma entidade não muito conhecida, resultando em quadros subdiagnosticados, pouco valorizada e sem intervenções necessárias^{10,11}.

O termo *breakthrough* surgiu na literatura médica há 20 anos e expressa uma exacerbação transitória da dor, que ocorre em pacientes com dor basal de moderada intensidade ou menos¹². Anos depois, foi definida como “uma exacerbação da dor que ocorre em pacientes com dor basal estabilizada e recebendo terapia com opioides”, caracterizando assim a necessidade da utilização prévia de analgésicos potentes para seu controle¹³. Há muitas controvérsias e definições diferentes, mas é importante considerar a dor do tipo *breakthrough* como um escape de dor em pacientes com dor basal já sendo tratada e adequadamente controlada^{10,11}.

Desde sua primeira descrição¹², tornou-se reconhecida como um importante aspecto no tratamento do câncer, evidenciado pelo crescente número de revisões e recomendações publicadas nos últimos anos^{11,14,15}. Por muito tempo o significado desse termo permaneceu confuso em vários idiomas, devido à falta de tradução, explicando o fato de que atualmente o termo *breakthrough* é progressivamente adotado em vários países de diferentes continentes, inclusive no Brasil. Termos como “dor de ruptura” e “dor incidental” foram utilizados, mas pela dificuldade de normatização ou consenso, mantêm-se a nomenclatura original em inglês^{12,16}.

A dor do tipo *breakthrough* se caracteriza por um rápido início (menos que 3 minutos); uma intensidade muito forte e uma duração curta (por volta de 30 minutos), ocorrendo em média 4 episódios por dia. A fisiopatologia desse tipo de dor pode ter etiologia e característica somática, visceral ou neuropática, estando na maioria das vezes associada ao mesmo mecanismo que causa a dor de base^{12,13,15,17,18}. É classificada, segundo o evento desencadeador, em três tipos: espontânea, incidental (que é relacionada com movimentação) e por falha do fim da dose terapêutica (que ocorre no intervalo final entre uma dose e o início da próxima dose do fármaco analgésico para o

controle da dor de base)¹².

Em estudo de prevalência, realizado na Catalunha (Espanha) com 397 pacientes, 41% (163) dos pacientes oncológicos apresentaram pelo menos um episódio de dor do tipo *breakthrough* em um intervalo de 24 horas, demonstrando o que pode ser a dimensão do problema¹⁹.

Há necessidade de mais estudos para estimar a real prevalência desse tipo de dor nos pacientes oncológicos, principalmente no Brasil, onde não foi encontrada nenhuma referência na literatura especializada sobre essa situação ainda considerada desconhecida pela população médica. Assim, o presente estudo teve por objetivo estudar as características da dor do tipo *breakthrough* e comparar a evolução durante três dias em um hospital de referência para o câncer.

MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo longitudinal prospectivo em pacientes com diagnóstico de câncer e dor oncológica do tipo *breakthrough*.

Para o cálculo amostral utilizou-se a quantidade de leitos da oncologia adulta existentes no hospital (n=42) e a prevalência de casos de *breakthrough* encontrada em estudos anteriores (40 a 80%)^{13,19,20}. Definiu-se que o tamanho da amostra seria de 24 pacientes com esse tipo de dor.

Foram incluídos pacientes internados maiores de 18 anos em uso de opioides por pelo menos 2 meses com dor de base do câncer controlada. Não foram incluídos pacientes que se encontravam em fase terminal, com dificuldade de compreensão e comunicação, com problemas neurológicos e psiquiátricos e com idade de 75 anos ou mais.

Aplicou-se um questionário específico criado para a pesquisa e composto por dados sociodemográficos (idade, gênero, estado civil, profissão, renda, procedência), dados referentes ao câncer (tipos de tumor primário, existência de metástase, abordagem terapêutica como quimioterapia e/ou radioterapia, tratamento cirúrgico e fármacos) e parâmetros referentes à dor do tipo *breakthrough* (número de episódios por dia, duração da crise, intensidade, velocidade de início da dor e as variedades de dor do tipo *breakthrough*: espontânea, incidental e falha do fármaco no final da dose).

Os pacientes foram incluídos na pesquisa após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo dessa forma aos princípios da Declaração de Helsinque.

A coleta de dados ocorreu durante seis meses, sendo realizada pela equipe da Liga Acadêmica de Dor da Universidade Federal do Maranhão.

Após a aplicação do questionário, os pacientes que apresentavam quadro de dor do tipo *breakthrough* foram acompanhados em três visitas em um intervalo de dois dias entre elas, para observar o desenvolvimento e as características dessa doença. Nesse seguimento foram avaliados apenas os parâmetros referentes à dor do tipo *breakthrough* (Figura 1).

A digitação dos dados foi efetuada em duas cópias e depois comparada para correção de erros. A análise estatística foi realizada no programa Stata 10.0. Os dados estão apresentados como frequência, média e desvio padrão. O teste de Friedman foi aplicado para verificar se houve diferença estatisticamente significativa nos três dias de acompanhamento da dor do tipo *breakthrough*. Foi considerado

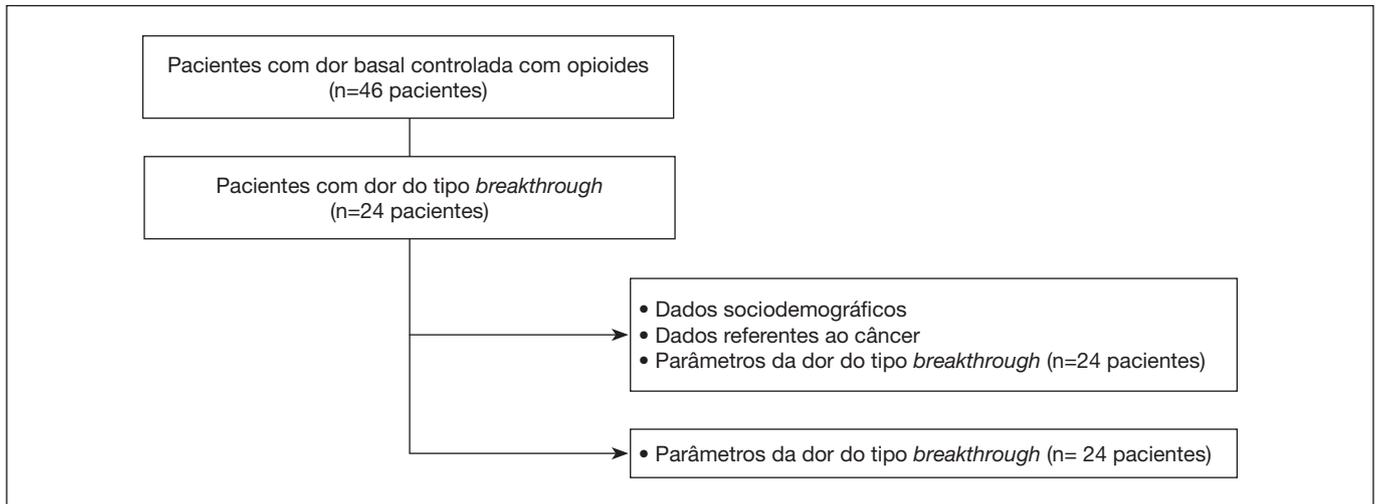


Figura 1. Fluxograma do estudo

estatisticamente significante o valor de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, sob nº 2954/2011.

RESULTADOS

Foram encontrados 46 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão, sendo 33 (71,7%) mulheres e 13 (28,2%) homens. Desses 46 pacientes, 24 (52,2%) apresentaram episódios de dor do tipo *breakthrough*.

Dos 24 pacientes avaliados a maioria era do gênero feminino (75%), com idade de 30 a 50 anos (41,7%) e cor autorreferida como negra (58,3%). O estado civil mais encontrado foi casado ou união estável (58,3%). Mais da metade tinha menos de 8 anos de estudo (54,2%). Em relação à atividade profissional nenhum dos entrevistados estava em situação ativa e 29,2% estavam de licença saúde por causa do câncer. A maioria dos pacientes (75%) era proveniente do interior do estado (Tabela 1).

De acordo com os dados relativos ao câncer, mais da metade apresentava como local primário o colo de útero (54,2%). O tempo de doença foi bastante variado, porém a maioria ainda estava no primeiro ano de doença (33,4%). Cerca de 37,5% já haviam apresentado algum tipo de metástase (Tabela 2).

Em relação à abordagem terapêutica, a maioria realizava quimioterapia e radioterapia concomitante (41,7%), e 54,2% já haviam realizado procedimento cirúrgico para o câncer. Cerca de 65% faziam uso de opioides fortes em associação com analgésicos (Tabela 2).

Todos os pacientes relataram dor há mais de três meses, e a maioria sentia a dor de forma contínua (58,3%). A média da intensidade dolorosa foi 7, com desvio padrão de 2,3. As características da dor mais reportadas foram pontada (54,2%) e fisgada (50,0%). A sensibilidade, relacionada ao local de dor, estava preservada em 79,3%. Cerca de 70,8% relataram restrição de movimento por causa da dor e alteração do sono (Tabela 3).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes com dor do tipo *breakthrough*

Variáveis	n (%)
Gênero	
Masculino	6 (25,0)
Feminino	18 (75,0)
Idade (anos)	
< 30	5 (20,8)
30-50	10 (41,7)
> 50	9 (37,5)
Cor	
Branca	6 (25,0)
Parda	4 (16,7)
Negra	14 (58,3)
Estado civil	
Casado/união estável	14 (58,3)
Solteiro	9 (37,5)
Viúvo	1 (4,2)
Escolaridade (anos)	
< 8	13 (54,2)
≥ 8	11 (45,8)
Atividade profissional	
Ativo	0 (0,0)
Licença saúde	7 (29,2)
Aposentado	5 (20,8)
Sem atividade remunerada	12 (50,0)
Procedência	
Capital	6 (25,0)
Interior	18 (75,0)
Total	24 (100,0)

Tabela 2. Dados relativos ao câncer e seu tratamento em pacientes com dor do tipo *breakthrough*

	n (%)
Locais primários do câncer	
Colo de útero	13 (54,2)
Mama	4 (16,7)
Outros	7 (29,1)
Tempo de doença (anos)	
< 1	8 (33,4)
1 a 2	5 (20,8)
2 a 3	6 (25,0)
> 3	5 (20,8)
Presença de metástases	
Sim	9 (37,5)
Não	15 (62,5)
Abordagem terapêutica	
Radioterapia isolada	7 (29,2)
Quimioterapia isolada	5 (20,8)
Quimioterapia + radioterapia	10 (41,7)
Sem quimioterapia e sem radioterapia	2 (8,3)
Procedimentos cirúrgicos	
Sim	13 (54,2)
Não	11 (45,8)
Tratamento analgésico	
Opioides fortes + AINES	16 (66,7)
Opioides fracos + AINES	6 (25,0)
Opioides fortes isolados	2 (8,3)

AINES: anti-inflamatórios não esteroides.

Tabela 3. Caracterização da dor relatada pelos pacientes

Variáveis	n (%)
Início da dor	
<3meses	0 (0,0)
≥3meses	24 (100,0)
Periodicidade	
Contínua	14 (58,3)
Intermitente	10 (41,7)
Intensidade da dor (EN)	7 (2,3) *
Características da dor **	
Queimação	7 (29,1)
Choque	4 (16,7)
Pontada	13 (54,2)
Fisgada	12 (50,0)
Aperto	6 (25,0)
Peso	5 (20,8)
Latejante	3 (12,5)
Lancinante	1 (4,1)
Sensibilidade	
Preservada	19 (79,3)
Alodínia	1 (4,1)
Hipoestesia	2 (8,3)
Hiperalgisia	2 (8,3)
Alteração do sono	
Sim	17 (70,8)
Não	7 (29,2)
Restrição do movimento	
Sim	17 (70,8)
Não	7 (29,2)

EN: escala numérica; *Média (desvio padrão); **Valores não somam 100% porque os pacientes poderiam dar mais de uma característica à sua dor.

Em relação à presença de dor do tipo *breakthrough*, não houve diferença estatisticamente significativa nos três momentos de avaliação. Apenas três pacientes não apresentaram casos de dor do tipo *breakthrough* em um determinado dia de entrevista, sendo dois pacientes na segunda avaliação e um paciente na terceira avaliação ($p=1,00$) (Tabela 4).

A maioria dos pacientes apresentou até cinco episódios de dor do tipo *breakthrough* por dia e não houve diferença estatisticamente significativa entre as avaliações ($p=0,93$). De acordo com a escala numérica houve uma redução sutil na intensidade dolorosa na segunda e terceira avaliação, porém estatisticamente significativa ($p=0,01$) (Tabela 4).

A variedade de dor do tipo *breakthrough* mais encontrada foi a dor incidental, presente na metade dos pacientes nas três avaliações. No entanto, observou-se uma redução do percentual da dor espontânea de 20% na terceira avaliação, juntamente com um aumento da dor

decorrente da falha ao final da dose do opioide ($p<0,001$) (Tabela 4). A duração dos episódios atingiu até 15 minutos em mais da metade dos pacientes durante as três avaliações. No entanto observou-se que houve redução no percentual de pacientes que sentiam dor com tempo acima de 15 minutos na terceira avaliação ($p=0,004$) (Tabela 4).

Seis pacientes (25,0%) não utilizaram nenhum fármaco para controlar os casos de dor do tipo *breakthrough*, e 18 (75,0%) os utilizaram para o controle da dor na primeira entrevista. O padrão se manteve similar na segunda e terceira avaliação ($p=0,40$). Dentre os fármacos prescritos estavam a morfina utilizada por via subcutânea e/ou venosa, a dipirona e o tramadol, estes somente utilizados por via venosa. Não houve diferença entre as três avaliações quanto ao perfil farmacológico ($p=0,34$). Quando arguidos sobre a efetividade de fármaco de resgate prescrito, apenas cinco pacientes (25%) responderam que tiveram alívio adequado (Tabela 4).

Tabela 4. Análise dos episódios de dor do tipo *breakthrough*

Variáveis	1ª avaliação n (%)	2ª avaliação n (%)	3ª avaliação n (%)	Valor de p*
Dor <i>breakthrough</i>				1,00
Sim	24 (100,0)	22 (91,7)	23 (95,8)	
Não	0 (0,0)	2 (8,3)	1 (4,2)	
Número de episódios				0,93
Até 5	19 (79,0)	21 (95,5)	22 (95,7)	
> 5	5 (21,0)	1 (4,5)	1 (4,3)	
Escala numérica	8,04 (1,16)/ 6 -10**	7,85 (1,15)/ 5-9**	8,00 (1,09)/5-9**	0,01
Forma da dor <i>breakthrough</i>				<0,001
Incidental	12 (50,0)	11 (50,0)	12 (52,0)	
Espontânea	12 (50,0)	8 (36,0)	7 (30,0)	
Falha ao final da dose do opioide	0 (0,0)	2 (10,0)	3 (13,0)	
Incidental e espontânea	0 (0,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	
Duração (min)				0,004
Até 15	13 (54,0)	12 (54,0)	15 (65,0)	
>15	11 (45,0)	10 (45,0)	8 (35,0)	
Recebeu fármaco				0,40
Sim	18 (75,0)	17 (77,3)	17 (73,9)	
Não	6 (25,0)	5 (22,7)	6 (26,1)	
Fármaco recebido				0,34
Dipirona	4 (22,2)	1 (5,9)	2 (11,7)	
Tramadol	2 (11,1)	2 (11,7)	2 (11,7)	
Morfina	12 (66,7)	13 (76,5)	13 (76,6)	
Morfina + dipirona	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	

*Teste Friedman; **Média (desvio padrão)/min-máx.

DISCUSSÃO

A prevalência encontrada dos pacientes oncológicos que apresentaram episódios de dor do tipo *breakthrough* neste estudo foi de 52,2%, percentual inferior ao observado na pesquisa americana realizada (51%)¹³ e no estudo inglês (72,5%)²¹, entretanto muito parecido ao trabalho espanhol de Gómez-Batiste et al. (41%)¹⁹. A variação descrita na literatura é de 40 a 80% de casos em pacientes com câncer^{21,22}, o que mostra que é um problema frequente e portanto merece ser diagnosticado e tratado.

A maioria dos pacientes foram mulheres jovens, o que divergiu das referências anteriores, que não demonstraram diferenças significativas entre os gêneros e registraram uma média de idade por volta da sexta década de vida^{13,19,21}. Essas diferenças podem ser explicadas devido à prevalência bem maior de cânceres ginecológicos encontrados na instituição, que é um centro de referência no estado, principalmente o câncer de colo uterino, que está relacionado a uma média de idade mais baixa do que a maioria dos tumores, resultando em uma maior quantidade de leitos disponíveis para internação de mulheres²³.

O perfil dos tumores primários existentes neste trabalho divergiu

do perfil encontrado em pesquisas na Europa e EUA. Um trabalho realizado no Reino Unido¹⁴ mostrou que os principais tumores primários diagnosticados foram: câncer de mama (21%), câncer de próstata (21%), colorretal (10%), mieloma (10%), pulmão (7,5%) e outros (<5%)^{15,21}. Pode-se observar que em tal casuística o percentual de casos de câncer de colo uterino representa menos de 5% dos pacientes, bem diferente do presente estudo onde a principal causa é essa neoplasia. Os motivos para essa diferença podem ser demonstrados devido à incidência de câncer de colo uterino ser duas vezes maior nos países subdesenvolvidos do que nos países desenvolvidos^{24,25}. O Brasil apresentou incidência de 18 casos por 100.000 habitantes em 2010, enquanto os países da Europa Ocidental têm uma incidência menor que 10 casos por 100.000 habitantes²³.

A incidência de casos de câncer de colo uterino se torna maior quando se analisou a situação do estado do Maranhão, que apresentou 22,49 casos por 100.000 habitantes em 2012; já a incidência de câncer de mama nesse estado foi de 11,91 casos para 100.000 habitantes em 2012, mostrando o porquê do maior número de casos de câncer de colo de útero do que de mama entre os pacientes participantes do estudo²³. Corroborando esse perfil encontrado, observou-

-se o baixo nível de escolaridade e a falta de remuneração da amostra estudada, com a maioria dos pacientes sendo analfabeto ou tendo apenas o primeiro grau incompleto e sem emprego. A baixa escolaridade e a pobreza estão intimamente ligadas ao alto índice de câncer de colo uterino, por se tratar de um câncer muito associado à doença sexualmente transmissível e à falta de conhecimento e informações sobre a prevenção.

O tratamento para controle da dor oncológica desses pacientes foi realizado em 75% dos casos com o uso de opioide forte (morfina) e 25% com opioide fraco (tramadol) com ou sem adjuvante. No estudo¹⁹ a maioria também utilizou opioides fortes, mas não apenas a morfina. Outros fármacos como a metadona, o fentanil e a oxiconona também foram prescritos, aumentando o espectro de opções terapêuticas. Esse fato pode refletir uma maior prática do tratamento da dor oncológica com morfina em nosso meio, bem como uma baixa disponibilidade de outros opioides potentes para os pacientes do Sistema Único de Saúde.

Dos 20 pacientes que relataram dor do tipo *breakthrough*, a maioria (60%) apresentou uma média de dois a quatro episódios por dia durante a primeira entrevista, subindo esse percentual para 80% nas entrevistas subsequentes, semelhante à média de episódios por dia existentes em outros estudos que foi de um a quatro^{1,13,20,21}. O aumento observado na segunda e terceira entrevistas era esperado, uma vez que foi explicado aos pacientes quais as características da dor do tipo *breakthrough*, possibilitando melhor compreensão, maior facilidade de identificação, resultando em uma maior busca por tratamento (70%).

Com relação ao desenvolvimento da dor, este estudo apresentou discordância com o realizado na Catalunha, onde a dor ocorreu de forma mais rápida em 60% dos casos, *versus* 45% do presente estudo¹⁹. Possivelmente essa diferença ocorreu devido ao alto número de pacientes com metástases (53%) presente no estudo catalão, o que pode acelerar o aparecimento da dor. No presente estudo, apenas 30% dos pacientes tinham metástases. Sobre a duração do episódio, os dois trabalhos apresentaram intervalos semelhantes, variando de poucos minutos até uma hora, com predomínio do tempo de dor entre 15 e 30 minutos, o que também foi observado por outros autores^{12,13,26}.

A intensidade de todos os casos de *breakthrough* foi moderada e/ou intensa. Nas pesquisas realizadas por Davies et al.^{14,21} mais de 90% dos pacientes tiveram dor moderada e/ou intensa demonstrando um quadro bastante parecido com o existente no presente estudo. Outros trabalhos consideram a dor do tipo *breakthrough* geralmente forte, pouco tolerada e com grande interferência na qualidade de vida das pessoas^{10,27,28}.

Quanto à classificação, a maioria dos casos de dor *breakthrough* foi do tipo incidental, tendo como principal subtipo a movimentação; e a menor prevalência foi de falha no final da dose do opioide. Esses resultados foram semelhantes aos demais estudos que também apresentaram a dor incidental e a movimentação como principais causas de dor *breakthrough*^{12,13,19,21}. Estes dados chamam atenção para a limitação que esse tipo de dor pode causar aos pacientes, restringindo seus movimentos no leito, impedindo a deambulação e até cuidados simples como a higiene pessoal.

Cerca de 70% dos pacientes utilizaram fármacos para controlar a dor, porém somente 25% tiveram alívio. As vias parenterais foram

vias de escolha para os pacientes internados, mas não são alternativas ideais para o tratamento da dor *breakthrough*, pois essa queixa tem duração curta, enquanto que os fármacos demoram a começar a agir pelas vias venosa e subcutânea. Discute-se bastante a utilização do fentanil transmucoso (sublingual ou bucal) como um método efetivo no controle da dor do tipo *breakthrough*, com aumento crescente de sua prescrição na Europa, baseada no seu rápido início de ação. No Brasil não se dispõe ainda dessa apresentação farmacêutica, o que restringe as possibilidades de tratamento. Outro fármaco citado é a cetamina, que se mostrou efetiva quando utilizada pela via nasal, através de spray com pequenas doses; porém essa apresentação também não está disponível^{21,29}.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se inferir que a dor do tipo *breakthrough* tem prevalência elevada, foi mais frequente em mulheres jovens e de baixa escolaridade, com câncer de colo uterino e mama, apresentando dois a quatro episódios por dia, de curta duração, forte intensidade e de início gradual, e principalmente do tipo incidental. O uso de opioides mostrou eficácia na diminuição do tempo de dor e dor espontânea.

Com esses dados, identificou-se que esse tipo de dor é uma situação oncológica comum, apesar de desconhecida e bastante subdiagnosticada pela classe médica e pela população em geral. Por essa razão, seu tratamento é realizado de forma inadequada ocasionando a piora na qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa doença. Os resultados desta pesquisa podem auxiliar na elaboração de novos estudos e criação de programas de capacitação profissional no cuidado deste tipo de dor, proporcionando um melhor atendimento para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Minson F, Garcia J, Júnior J, Siqueira J, Júnior L. II Consenso Nacional de Dor Oncológica. 1ª Ed, São Paulo; 2011.
2. Vieira EB, Garcia JB, da Silva AA, Muallem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(2):239-51.
3. WHO. National cancer control programmes: policies and management guidelines. 2ª Ed, 2002.
4. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;19(12):1985-91.
5. 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.
6. Sun V, Borneman T, Piper B, Koczywas M, Ferrell B. Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2008;2(1):65-71.
7. WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 1ª Ed. 2000.
8. MacDonald DJ, Sarna L, van Servellen G, Bastani R, Giger JN, Weitzel JN. Selection of family members for communication of cancer risk and barriers to this communication before and after genetic cancer risk assessment. *Genet Med*. 2007;9(5):275-82.
9. Rhiner MI, von Gunten CF. Cancer breakthrough pain in the presence of cancer-related chronic pain: fact versus perceptions of health-care providers and patients. *J Support Oncol*. 2010;8(6):232-8.
10. Zeppetella G. Breakthrough pain in cancer patients. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2011;23(6):393-8.
11. Haugen DF, Hjermstad MJ, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S, (EPCRC) EPCRC. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: a systematic literature review. *Pain*. 2010;149(3):476-82.
12. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*. 1990;41(3):273-81.
13. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain*. 1999;81(1-2):129-34.

14. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain*. 2009;13(4):331-8.
15. Davies AN. Cancer-related breakthrough pain. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2006;67(8):414-6.
16. Mercadante S, Arcuri E. Breakthrough pain in cancer patients: pathophysiology and treatment. *Cancer Treat Rev*. 1998;24(6):425-32.
17. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med*. 2004;18(3):177-83.
18. Zeppetella G, O'Doherty CA, Collins S. Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. *J Pain Symptom Manage*. 2000;20(2):87-92.
19. Gómez-Batiste X, Madrid F, Moreno F, Gracia A, Trelis J, Nabal M, et al. Breakthrough cancer pain: prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(1):45-52.
20. Portenoy RK, Bruns D, Shoemaker B, Shoemaker SA. Breakthrough pain in community-dwelling patients with cancer pain and noncancer pain, part 1: prevalence and characteristics. *J Opioid Manag*. 2010;6(2):97-108.
21. Davies AN, Vriens J, Kennett A, McTaggart M. An observational study of oncology patients' utilization of breakthrough pain medication. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(4):406-11.
22. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A, Cherny N, Kaasa S, Nauck F, et al. Episodic (breakthrough) pain: consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. *Cancer*. 2002;94(3):832-9.
23. INCA. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil, 2012.
24. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
25. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108.
26. Mercadante S, Adile C, Torta R, Varetto A, Fulfaro F, Giarratano A, et al. Meaningful cut-off pain intensity for breakthrough pain changes in advanced cancer patients. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(1):93-7.
27. Zeppetella G. Evidence-based treatment of cancer-related breakthrough pain with opioids. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11(Suppl 1):S37-43.
28. Manchikanti L, Singh V, Caraway DL, Benyamin RM. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: fact, fiction, or abuse. *Pain Physician*. 2011;14(2):E103-17.
29. Mercadante S, Costanzo BV, Fusco F, Buttà V, Vitrano V, Casuccio A. Breakthrough pain in advanced cancer patients followed at home: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(4):554-60.