

# Construção de um Guia para Avaliação e Manejo Fisioterapêutico da Dor em Pacientes com Câncer

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4522>

*Construction of a Guide for Assessment and Physiotherapeutic Management of Pain in Cancer Patients*

*Construcción de una Guía para la Evaluación y Manejo Fisioterapêutico Del Dolor en Pacientes con Cáncer*

Patricia Almeida Chelles<sup>1</sup>; Livia Costa de Oliveira<sup>2</sup>; Luciana Silva Couto<sup>3</sup>; Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio<sup>4</sup>; Fernando Lopes Tavares de Lima<sup>5</sup>; Anke Bergmann<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A fisioterapia pode contribuir para o controle da dor em pacientes com câncer e estratégias educativas devem ser desenvolvidas para aumentar as ações fisioterapêuticas nesse contexto. **Objetivo:** Elaborar um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor no câncer. **Método:** Estudo desenvolvido em três etapas: 1. Análise descritiva de dados sociodemográficos, clínicos, funcionais, características da dor e tratamentos fisioterapêuticos realizados em pacientes com câncer em cuidados paliativos; 2. Desenvolvimento da versão preliminar do guia a partir dos resultados da primeira etapa e de conteúdo teórico na temática; 3. Realização de grupo focal composto por fisioterapeutas que originou a versão final do guia. **Resultados:** Foram incluídos 62 pacientes, principalmente do sexo feminino (69,3%). O sítio tumoral mais frequente foi o ginecológico (25,8%) e metade apresentou metástase óssea. O tipo de dor mais prevalente foi a neuropática (51,6%), localizada na coluna (29,0%). Os tratamentos fisioterapêuticos mais utilizados foram: posicionamento (98,0%), cinesioterapia (68,0%), deambulação (39,0%), uso de órteses (32,0%) e *transcutaneous electrical nerve stimulation* (21,0%). O grupo focal sugeriu alterações e avaliou positivamente a versão preliminar do guia, ressaltando que, além de ser elaborado com linguagem de fácil compreensão, possibilitou a visão integral sobre os métodos para avaliação e tratamento fisioterapêutico da dor. **Conclusão:** O conhecimento das características dos pacientes, associado aos dados de literatura e à participação de profissionais especialistas, possibilitou a construção de um guia que foi desenvolvido para ser objetivo e de fácil compreensão para fisioterapeutas, contendo diversos recursos para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer.

**Palavras-chave:** Dor do Câncer; Modalidades de Fisioterapia; Hospitalização; Neoplasias/epidemiologia; Manejo da Dor.

## ABSTRACT

**Introduction:** Physiotherapy can contribute to control pain in cancer patients and educational strategies should be developed to increase physiotherapeutic actions in this context. **Objective:** To develop a guide for the assessment and physiotherapeutic management of cancer pain. **Method:** Study developed in three stages: 1. Descriptive analysis of sociodemographic, clinical, functional data, pain characteristics and physiotherapeutic treatments performed on cancer patients receiving palliative care; 2. Development of the preliminary version of the guide based on the results of the first stage and theoretical content; 3. Focus group formed by physiotherapists that resulted in the final version of the guide. **Results:** 62 patients were included, mainly females (69.3%). The most common tumor site was gynecological (25.8%) and half presented bone metastasis. Neuropathic pain (51.6%), located in the spine (29.0%) was the most prevalent type of pain. The physiotherapeutic treatments most used were: positioning (98.0%), kinesiotherapy (68.0%), walking (39.0%), orthoses (32.0%) and *transcutaneous electrical nerve stimulation* (21.0%). The focus group suggested changes and positively evaluated the preliminary version of the guide, highlighting that, in addition to an easy-to-understand language, it provided a comprehensive view of the methods for evaluating and physiotherapy treatment of pain. **Conclusion:** Knowledge of patients' characteristics, associated with literature data and the participation of expert professionals made it possible to create a guide developed to be objective and easy-to-understand for physiotherapists, containing several resources for assessment and physiotherapeutic management of pain in cancer patients. **Key words:** Cancer Pain; Physical Therapy Modalities; Hospitalization; Neoplasms/epidemiology; Pain Management.

## RESUMEN

**Introducción:** La fisioterapia puede contribuir al control del dolor en pacientes con cáncer y se deben desarrollar estrategias educativas para incrementar las acciones fisioterapêuticas en este contexto. **Objetivo:** Desarrollar una guía para la evaluación y manejo fisioterapêutico del dolor oncológico. **Método:** Estudio desarrollado en tres etapas: 1. Análisis descriptivo de datos sociodemográficos, clínicos, funcionales, características del dolor y tratamientos fisioterapêuticos realizados a pacientes con cáncer que reciben cuidados paliativos; 2. Elaboración de la versión preliminar de la guía con base en los resultados de la primera etapa y contenidos teóricos sobre el tema; 3. Realización de un grupo focal compuesto por fisioterapeutas que dio como resultado la versión final de la guía. **Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes, principalmente mujeres (69,3%). La localización tumoral más frecuente fue ginecológica (25,8%) y la mitad presentó metástasis óseas. El tipo de dolor más prevalente fue el neuropático (51,6%), localizado en la columna (29,0%). Los tratamientos fisioterapêuticos más utilizados fueron: posicionamiento (98,0%), cinesioterapia (68,0%), marcha (39,0%), uso de órtesis (32,0%) y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (21,0%). El grupo focal sugirió cambios y evaluó positivamente la versión preliminar de la guía, destacando que, además de estar elaborada en un lenguaje fácil de entender, proporcionó una visión integral de los métodos de evaluación y tratamiento fisioterapêutico del dolor. **Conclusión:** El conocimiento de las características de los pacientes, asociado a los datos de la literatura y la participación de profesionales especialistas, permitió crear una guía desarrollada para ser objetiva y de fácil comprensión para los fisioterapeutas, que contiene diversos recursos para la evaluación y manejo fisioterapêutico del dolor en pacientes con cáncer.

**Palabras clave:** Dolor por Cáncer; Modalidades de Fisioterapia; Hospitalización; Neoplasias/epidemiología; Manejo del Dolor.

<sup>1-4</sup>Instituto Nacional do Câncer (INCA), Unidade de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mails: patalchelles@gmail.com; lillycostaoliveira@gmail.com; lucianacouto.fisio@gmail.com; simonegarruth@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5687-0302>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5052-1846>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-2870-567X>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-5537-7399>

SINCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: flima@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8618-7608>

<sup>5</sup>INCA, Grupo de Pesquisa em Epidemiologia Clínica. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: abergmanna@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1972-8777>

**Endereço para correspondência:** Patricia Almeida Chelles. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20.560-120. E-mail: patalchelles@gmail.com



## INTRODUÇÃO

A dor no câncer está relacionada a vários fatores e pode ser caracterizada como aguda ou crônica, conforme os mecanismos fisiopatológicos. Além disso, pode ser classificada como nociceptiva, neuropática e mista, a depender do mecanismo causal<sup>1,2</sup>.

A dor nociceptiva ocorre por resultado da ativação de mecanorreceptores de alto limiar por forças mecânicas aumentadas. Quando o estímulo ocorre nos nociceptores superficiais, é chamada de dor nociceptiva somática, que geralmente é constante, bem localizada, piora com movimento e alivia com repouso; pode ser causada por metástases ósseas e infiltração tumoral de partes moles. Quando o estímulo ocorre nos nociceptores profundos, é chamada de dor nociceptiva visceral que é mal localizada ou referida, caracterizada como aperto ou pressão; pode ser decorrente de tumores abdominais primários ou metastáticos, e intermitente, tipo cólica, com ou sem reações autonômicas (náuseas, vômitos, sudorese), como em casos de obstrução intestinal maligna por exemplo<sup>1,3-5</sup>.

A dor neuropática ocorre por consequência de injúria direta a um nervo ou de função nervosa anormal em qualquer ponto ao longo de todo trajeto neuronal, dos tecidos periféricos ao sistema nervoso central, sendo ocasionada pelo tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, ou ainda por invasão tumoral. Como exemplos, podem ser citadas a polineuropatia por quimioterapia ou a mononeuropatia por invasão de plexo nervoso. A dor pode ser ainda irradiada quando aparece no trajeto nervoso onde o estímulo ocorre e pode ser referida quando aparece em local distante de onde ocorre o estímulo<sup>6-8</sup>.

A percepção de dor é muito pessoal e possui componentes físico, emocional, social e espiritual, caracterizando o termo “dor total”. Esse sintoma traz grande sofrimento emocional, tristeza, depressão, dor existencial, frustração e raiva com a doença e seu tratamento, além de impactar na funcionalidade, independência para as atividades e na qualidade de vida relacionada à saúde<sup>2,9,10</sup>.

Com o objetivo de controlar a dor, reduzir o risco de complicações funcionais e facilitar as atividades de vida diária (AVD), é imprescindível a avaliação individualizada de cada paciente e que seja instituída abordagem multidisciplinar. Em razão da subjetividade do sintoma, devem ser considerados o seu tempo de duração, a causa, a localização, as características, o tipo, a intensidade e o seu comportamento. O controle algíco é feito pelo uso de medicamentos e a associação de medidas não farmacológicas ao tratamento pode contribuir para a redução do uso de medicações e, conseqüentemente,

minimizar os seus efeitos colaterais pelo uso em longo prazo<sup>1,2</sup>.

Nesse contexto, o tratamento fisioterapêutico constitui-se de uma medida não farmacológica que utiliza recursos físicos para adjuvância ao controle de sintomas<sup>10,11</sup>. No entanto, são escassas as evidências científicas e os materiais bibliográficos técnicos que possam nortear a prática do profissional fisioterapeuta no manuseio da dor em pacientes com câncer avançado. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo a elaboração de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer.

## MÉTODO

Estudo desenvolvido na internação hospitalar (IH) do Hospital do Câncer IV (HCIV), na unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), localizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), Brasil, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número de parecer 4.729.007, de 24 de maio de 2021 (CAAE: 46226921.7.0000.5274), em conformidade com as recomendações das diretrizes de ética relacionadas aos estudos que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução nº. 466/2012<sup>12</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo foi desenvolvido em três etapas, sendo uma de abordagem quantitativa (primeira); outra para elaboração da versão preliminar do guia (segunda); e, por fim, uma de metodologia qualitativa (terceira etapa).

### PRIMEIRA ETAPA

A etapa quantitativa envolveu um estudo coorte prospectivo de pacientes com câncer avançado, independentemente da localização tumoral, de ambos os sexos, com queixa de dor no momento da admissão hospitalar, internados no HCIV entre junho de 2021 e abril de 2022 e atendidos pelo serviço de fisioterapia. Conforme a rotina institucional, o primeiro atendimento fisioterapêutico se deu em até 72 horas após a IH, e os pacientes foram acompanhados até o sétimo dia de IH.

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos, apresentar dor abordada pelo serviço de fisioterapia conforme a rotina institucional no momento da admissão (excluindo epigastralgia, cefaleia, disúria etc.); possuir *Karnofsky Performance Status* (KPS)  $\geq 30\%$ ; e concordar em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não tinham condições clínicas (desorientação/ alteração do nível de consciência, dispneia, náusea/vômito, sangramento) ou apresentavam dificuldade de compreender as perguntas da pesquisa.

Dados sociodemográficos, clínicos, funcionais, de características da dor e tratamentos fisioterapêuticos

realizados foram coletados e registrados em formulário próprio por pesquisadores treinados em entrevistas face a face com o paciente e por meio consulta aos prontuários. As variáveis idade, sexo, sítio tumoral primário, progressão de doença oncológica, presença de metástase óssea e eventos ósseos, aspectos inerentes à dor e funcionalidade referem-se ao *baseline* do estudo, ou seja, ao dia em que o paciente recebeu o primeiro atendimento fisioterapêutico.

Para avaliação da dor, foram considerados os critérios de diagnóstico da *International Association for the Study of Pain* (IASP). Foram avaliados a presença de dor na admissão hospitalar ou antes da IH e o tempo de duração da dor (previamente à IH); os tipos de dor de acordo com seu mecanismo fisiopatológico (nociceptiva somática, nociceptiva visceral, neuropática e mista); e a localização da dor [cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve, membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII), coluna cervical, coluna torácica, coluna lombar e sacro]. Quanto às características do sintoma descritas pelo paciente, a dor foi classificada como espontânea, incidental ou por falha no fim de dose terapêutica. No momento da avaliação inicial, os pacientes foram questionados sobre fatores atuais ou prévios que, a partir de suas perspectivas, contribuam para piora ou melhora do sintoma (ficar deitado; mudar de decúbito; sentar-se; deambular; respirar fundo; ou outro) e a sua intensidade pela escala verbal numérica (EVN), na qual o paciente atribuiu uma nota de 0 a 10, sendo “0” ausência de dor e “10” a dor mais intensa possível. Dessa maneira, considerando a EVN, a dor foi classificada como ausente (0), leve ou de fraca intensidade (1 a 3), moderada (4 a 6), ou intensa (7 a 10)<sup>2,5</sup>.

A funcionalidade foi avaliada pela escala de KPS, que classifica o indivíduo quanto à capacidade de realizar trabalho ativo, autocuidado e necessidade de cuidados médicos frequentes em virtude da maior evidência de doença. Essa escala possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%; uma pontuação mais baixa indica pior funcionalidade, assim 100% é função completa e 0%, morte<sup>13</sup>.

Além disso, considerando o período entre o primeiro atendimento fisioterapêutico até o sétimo dia de IH, foram totalizados o número de atendimentos fisioterapêuticos e os recursos fisioterapêuticos empregados [calor superficial, crioterapia, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), cinesioterapia motora, posicionamento, adaptação de coxim, terapia compressiva, órteses para estabilização esquelética, auxiliares de marcha, deambulação, práticas integrativas e complementares (PIC), outros recursos]. Estas, portanto, foram as únicas variáveis avaliadas considerando os sete dias de acompanhamento na coorte.

As análises foram realizadas utilizando o *software* SPSS<sup>14</sup> versão 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*, Chicago, IL, USA). As variáveis contínuas foram descritas em média e desvio-padrão ou em mediana e

intervalo interquartil, enquanto as categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa.

## SEGUNDA ETAPA

A partir dos resultados da primeira etapa e do conteúdo teórico advindo de algumas referências selecionadas<sup>1,3,4,10,11,13,15-27</sup>, foi desenvolvida a versão preliminar do guia por uma fisioterapeuta com experiência profissional na área (autora principal).

## TERCEIRA ETAPA

A terceira etapa, de metodologia qualitativa, contou com um grupo focal (GF) composto por fisioterapeutas para aperfeiçoar a proposta preliminar. Esse processo originou a versão final do guia, pautada na construção de uma visão coletiva da realidade quanto à avaliação e ao manejo fisioterapêutico da dor no câncer<sup>28</sup>.

O GF foi realizado em um encontro que durou cerca de duas horas conforme a recomendação da literatura e composto por oito fisioterapeutas experientes no tratamento da dor no câncer, servidores das quatro unidades assistenciais do INCA (HCI, HCII, HCIII e HCIV), selecionados por conveniência<sup>28,29</sup>, que assinaram o TCLE e tiveram disponibilidade na data e local estabelecidos. Buscou-se a composição de um grupo heterogêneo, no que se refere às áreas de atuação em oncologia clínica e cirúrgica, além de cuidados paliativos.

O GF ocorreu de forma presencial e foi conduzido por dois pesquisadores e com áudio gravação de seu conteúdo. Houve preparo do ambiente, visando dar conforto, privacidade e estimular a participação/interação dos participantes.

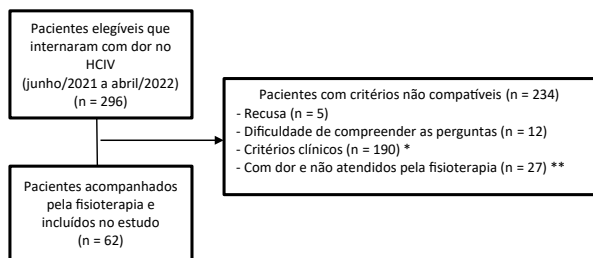
Três fases compuseram a dinâmica do GF. Na primeira, houve apresentação do perfil dos pacientes identificados na primeira etapa dessa pesquisa. Na segunda, foram utilizadas perguntas para contextualizar o assunto, abordando temas sobre as concepções da dor no câncer, se o perfil dos pacientes atendidos pelos participantes correspondia ao encontrado no estudo e sobre as maneiras de avaliação e tratamento fisioterapêutico da dor nas unidades. Na terceira fase, a versão preliminar do guia foi revelada, com discussão aberta em cada item do guia. O consenso do grupo permitiu a construção e o aperfeiçoamento da última versão do guia finalizada no próprio GF por meio da expressão e argumentação de cada participante.

## RESULTADOS

### PRIMEIRA ETAPA

Foram avaliados 62 pacientes (Figura 1), cuja maioria possuía menos de 60 anos de idade (n = 42; 67,7%) e era do sexo feminino (n = 43; 69,3%). O sítio tumoral primário mais frequente foi o ginecológico (n = 16; 25,8%) seguido por mama (n = 10; 16,1%), metade da

população estudada cursou com metástase óssea e 37,1% tiveram algum evento ósseo (Tabela 1).



**Figura 1.** Fluxograma de seleção de pacientes internados com dor na unidade de cuidados paliativos e acompanhados pelo serviço de fisioterapia (n = 62)

Fonte: Adaptado de PRISMA 2020<sup>30</sup>.

Legendas: HCIV = Hospital do Câncer IV; n = número de observações.

\*desorientação/alteração do nível de consciência n = 156; dispneia n = 12; náusea/vômito n = 19; sangramento n = 3.

\*\*epigastria n = 4; cefaleia n = 7; disúria n = 4; outras n = 12.

**Tabela 1.** Características de pacientes com câncer internados com dor em uma unidade de cuidados paliativos (n = 62)

Variáveis	Total n (%)
<b>Idade (anos)</b>	
≥60	20 (32,3)
<60	42 (67,7)
<b>Sexo</b>	
Masculino	19 (30,7)
Feminino	43 (69,3)
<b>Sítio tumoral primário</b>	
Ginecológico <sup>a</sup>	16 (25,8)
Mama	10 (16,1)
Pulmão	6 (9,7)
CP	3 (4,8)
TOC	5 (8,1)
TGI <sup>b</sup>	6 (9,7)
Próstata	2 (3,2)
Outros <sup>c</sup>	14 (22,6)
<b>Progressão de doença</b>	
Local	8 (12,9)
Locoregional e metástase a distância	54 (87,1)
<b>Metástase óssea</b>	
Não	31 (50,0)
Sim	31 (50,0)
<b>Evento ósseo<sup>d</sup></b>	
Não	39 (62,9)
Sim	23 (37,1)

Legendas: n = frequência absoluta; % = frequência relativa; CP = cabeça e pescoço; TOC = tecido ósseo conectivo; TGI = trato gastrointestinal.

<sup>a</sup>colo do útero e ovário; <sup>b</sup>esôfago, estômago, intestino e reto; <sup>c</sup>sistema nervoso central, melanoma, pele não melanoma, tireoide e outros; <sup>d</sup>destes, 1 paciente teve hipercalcemia, 6 tiveram fratura patológica e 21 tiveram síndrome de compressão medular.

O tempo médio de duração da dor foi de 61,4 (±5,7) dias, sendo a dor neuropática (51,6%) a mais prevalente. A localização mais frequente da dor foi na coluna (29,0%), seguida de MMII (22,6%), e a intensidade identificada como moderada a intensa em 69,3% dos pacientes. O principal fator de piora do sintoma foi o sentar-se (38,7%) e o principal fator de melhora foi o ficar deitado (61,3%). No momento da primeira avaliação do serviço de fisioterapia, a mediana do KPS foi 40% (30%-40%) e da EVN foi 6 (3-8) (Tabela 2).

Na Figura 2, estão descritas as prevalências dos tratamentos fisioterapêuticos oferecidos aos pacientes com dor até o sétimo dia de IH. Os recursos mais frequentemente utilizados foram o posicionamento (98,0%), seguido por cinesioterapia motora (68,0%), deambulação (39,0%), órtese para estabilização esquelética (32,0%) e TENS (21,0%).

## SEGUNDA ETAPA

A versão preliminar do guia foi intitulada: “Guia fisioterapêutico para avaliação e manejo da dor oncológica em pacientes em cuidados paliativos”. Seu conteúdo pode ser verificado no Quadro 1.

## TERCEIRA ETAPA

Os oito fisioterapeutas participantes do GF possuíam entre 39 e 57 anos, seis eram do sexo feminino. Quanto à qualificação acadêmica, um era pós-doutor, dois doutores, dois mestres e três tinham especialização (dados não mostrados em tabelas).

Durante o GF, os participantes avaliaram positivamente a versão preliminar do guia. Consideraram importante a decisão de elaborar um recurso didático e baseado na descrição do perfil de pacientes com câncer internados com dor, na literatura disponível e na participação de profissionais experientes em tratar o sintoma. Avaliaram que o guia estava escrito com linguagem de fácil compreensão e que sua leitura proporcionava uma visão integral sobre os métodos para avaliação e tratamento do sintoma, apresentando subsídios para atuação fisioterapêutica nos diversos ambientes para o controle algico. Foram sugeridas algumas alterações descritas a seguir:

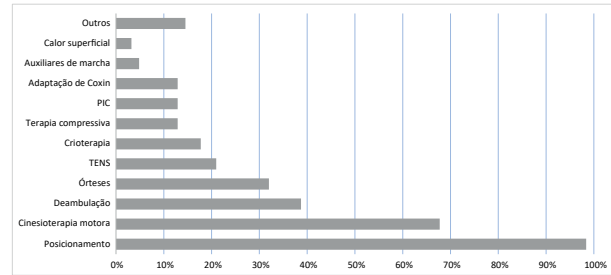
No item “A dor oncológica”, o GF sugeriu a inclusão de uma definição de dor, para posteriormente descrever as suas principais causas. Foi sugerido também acrescentar que os pacientes com câncer podem apresentar dores não somente relacionadas à doença e ao tratamento, mas também relacionadas a outras questões como imobilismo, fraqueza muscular, anormalidades musculoesqueléticas ou metabólicas, entre outros. Considerando essas condições, foi consensuado utilizar o termo dor no câncer. Além

**Tabela 2.** Características da dor e funcionalidade de pacientes com câncer internados com dor em uma unidade de cuidados paliativos (n = 62)

Variáveis	Total n (%)
<b>Duração (dias)<sup>a</sup></b>	61,4 (±5,7)
<b>Tipo de dor</b>	
Neuropática	32 (51,6%)
Nociceptiva somática	17 (27,4%)
Nociceptiva visceral	8 (12,9%)
Mista	5 (8,1%)
<b>Local da dor</b>	
Coluna <sup>b</sup>	18 (29,0%)
MMII	14 (22,6%)
Abdome	9 (14,6%)
Tórax	8 (12,9%)
MMSS	2 (3,2%)
Pelve	2 (3,2%)
Outros	9 (14,5%)
<b>Intensidade da dor (EVN)</b>	
Leve	19 (30,7%)
Moderada e intensa	43 (69,3%)
<b>Característica</b>	
Espontânea	32 (51,6%)
Incidental	24 (38,7%)
Fim da dose	6 (9,7%)
<b>Fator de piora da dor<sup>c</sup></b>	
Sentar-se	24 (38,7%)
Deambular	18 (29,0%)
Mudar de decúbito	16 (25,8%)
Ficar deitado	5 (8,1%)
Respirar fundo	1 (1,6%)
Outros	7 (11,3%)
<b>Fator de melhora da dor<sup>c</sup></b>	
Ficar deitado	38 (61,3%)
Sentar-se	2 (3,2%)
Mudar de decúbito	1 (1,6%)
Outros	5 (8,1%)
Não informado	16 (25,8%)
<b>Número total de atendimentos da fisioterapia durante a IH<sup>d</sup></b>	3 (2-4)
<b>KPS (%) na 1ª consulta da fisioterapia<sup>d</sup></b>	40 (30-40)
<b>EVN na 1ª consulta da fisioterapia<sup>d</sup></b>	6 (3-8)

**Legendas:** n = frequência absoluta; % = frequência relativa; MMII = membros inferiores; MMSS = membros superiores; IH = internação hospitalar; KPS = *Karnofsky Performance Status*; EVN = escala verbal numérica.

<sup>a</sup>média e desvio-padrão; <sup>b</sup>coluna cervical + coluna torácica + coluna lombar; <sup>c</sup>possibilidade de mais de uma opção de resposta por paciente; <sup>d</sup>mediana e intervalo interquartil.



**Figura 2.** Prevalência de tratamentos fisioterapêuticos oferecidos aos pacientes com câncer e dor internados em uma unidade de cuidados paliativos (n = 62).

**Legendas:** PIC = práticas integrativas complementares; TENS = *transcutaneous electrical nerve stimulation*.

disso, a inclusão de um destaque para a necessidade da observação de sinais e sintomas, de exames físicos e avaliação de exames complementares.

Para o item “Fisioterapia em pacientes com dor oncológica: Avaliação”, as sugestões principais foram a inclusão da informação a respeito da necessidade da periodicidade diária da avaliação, a compreensão do histórico da funcionalidade do paciente e sobre o uso adequado das escalas de dor pelos profissionais.

No item “Fisioterapia em pacientes com dor oncológica: Intervenções”, a sugestão foi destacar a informação de que o tratamento da dor deve ser compreendido como medida prioritária. Ademais, deveriam ser incluídas algumas limitações e precauções referentes às técnicas descritas. Tais técnicas e seus detalhamentos foram incluídos na versão final do guia que pode ser acessado na íntegra em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1509620>

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou a elaboração de um importante instrumento baseado na associação de três importantes elementos, que são: as características de pacientes com câncer avançado que apresentam dor; o conteúdo teórico relacionado à temática; e a expertise de fisioterapeutas que atuam no tratamento da dor do câncer em uma instituição de referência nacional.

A dor no câncer ocorre em função de uma lesão tecidual real ou potencial, podendo ser relacionada ao tumor e a suas metástases, ao tratamento oncológico e por diversas condições como imobilismo, fraqueza muscular, lesões por pressão, entre outras<sup>3,4,16</sup>. A literatura descreve a dificuldade de alcance do controle algico no paciente com câncer, que diversos fatores influenciam no desenvolvimento de dor crônica e que não há diferença na prevalência de dor entre pacientes em tratamento antineoplásico e os que estão em estágio avançado da



**Quadro 1.** Conteúdo da versão preliminar do guia

ITEM	DESCRIÇÃO
<b>Introdução</b>	Apresentação do guia, descrição do seu objetivo e medidas utilizadas para construção do conteúdo
<b>A dor oncológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é dor oncológica?</li> <li>- Como é ocasionada?</li> <li>- Como a dor oncológica é classificada e quais são seus tipos?</li> <li>- Como é diagnosticada?</li> <li>- Como é tratada?</li> </ul>
<b>Fisioterapia em pacientes com dor oncológica: Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da dor</li> <li>- Avaliação funcional</li> </ul>
<b>Fisioterapia em pacientes com dor oncológica: Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento adequado e adaptações de coxim para posicionamento</li> <li>- Cinesioterapia motora</li> <li>- Deambulação</li> <li>- Órteses e dispositivos auxiliares de marcha</li> <li>- TENS</li> <li>- Crioterapia</li> <li>- Terapia compressiva</li> <li>- PIC</li> <li>- Calor superficial</li> <li>- Recursos Terapêuticos Manuais</li> <li>- Fotobiomodulação</li> <li>- Taping</li> </ul>
<b>Referências bibliográficas</b>	Apresenta as referências utilizadas no guia

**Legendas:** TENS = estimulação elétrica nervosa transcutânea; PIC = práticas integrativas complementares.

doença<sup>18</sup>. É descrito ainda que pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos sentem dor constante e sem períodos de melhora, além de serem submetidos à analgesia inadequada com uso de medicações<sup>7</sup>. Essas evidências corroboram os resultados deste trabalho que mostraram um longo tempo do sintoma, caracterizado por uma média de 61,4 dias.

Foi observado que a dor neuropática (51,6%) foi a mais prevalente nessa proposta e avaliada pelos critérios de diagnóstico da IASP. Um estudo de Satija et al.<sup>31</sup>, desenvolvido com pacientes com câncer em cuidados paliativos acompanhados ambulatorialmente em três hospitais na Índia, demonstrou prevalência similar desse tipo de dor (54%), avaliada por meio do *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (S-LANSS). Couceiro et al.<sup>8</sup> identificaram uma prevalência de 53% de dor neuropática, pelo *Douleur Neuropathique en 4 questions* (DN-4), em pacientes em tratamento oncológico. Uma revisão sistemática desenvolvida por Roberto et al.<sup>32</sup> demonstrou que cerca de um terço de pacientes com câncer sofre de dor neuropática, sendo uma condição frequente em fases avançadas da doença. Belayneh et al.<sup>33</sup> utilizaram os critérios de diagnóstico da IASP e obtiveram frequência de 24,9% de dor neuropática entre pacientes com câncer avançado em 11 centros no Canadá em ambulatórios, hospitais e assistência domiciliar. Em outro estudo<sup>7</sup>, em que foi utilizado o questionário

PAINDETECT, observou-se que 33% da população em tratamento oncológico apresentavam esse tipo de dor e concluiu-se que existe dificuldade no seu controle mesmo quando tratada com opioides, ressaltando ainda a importância do acompanhamento multidisciplinar para abordagem dos sintomas. O diagnóstico de dor neuropática é difícil e as diferenças encontradas nos estudos podem ser justificadas pelo fato de terem sido desenvolvidos em cenários diversos e utilizadas diferentes ferramentas para identificação do sintoma.

Entre os pacientes avaliados, 69,3% referiram possuir dor moderada ou intensa.

Sabe-se que, com o avanço da doença oncológica, sintomas como dor se destacam como os mais prevalentes, de maior intensidade e mais angustiantes, independentemente do tipo tumoral e contexto clínico<sup>34</sup>. Outros estudos<sup>33,35,36</sup> demonstraram intensidade elevada de dor em seus achados e dificuldade no controle do sintoma. Belayneh et al.<sup>33</sup> encontraram dor moderada a intensa em 61,7% dos pacientes com câncer em cuidados paliativos. Allende-Perez et al.<sup>35</sup> observaram que 65% dos pacientes apresentavam alguma intensidade de dor e que 40% possuíam dor moderada ou intensa. Lima et al.<sup>36</sup> avaliaram pacientes com câncer avançado em tratamento oncológico específico e paliativo, e verificaram que 70,7% deles não possuíam controle algico no momento da internação e que a dor neuropática foi a de mais difícil controle.

Este estudo demonstrou que o posicionamento no leito e a cinesioterapia motora foram os tratamentos fisioterapêuticos mais oferecidos aos pacientes com dor. Mediante o frequente comprometimento funcional, queixa de dor espontânea e relato de ficar deitado como o principal fator de melhora da dor pelos pacientes avaliados, esses tratamentos fisioterapêuticos podem contribuir para o controle algico nessas condições visando também à manutenção da funcionalidade<sup>10</sup>.

Uma revisão sistemática revelou que o exercício físico parece ser um procedimento eficaz que deve ser recomendado para pacientes com câncer avançado para melhora da função física, mas que apenas 25% dos estudos analisados nessa revisão apontaram que a dor melhorou em resposta ao exercício<sup>37</sup>. Lee et al.<sup>38</sup> salientam que o uso de modalidades físicas, analgésicos, terapia de injeção e exercícios podem reduzir a dor e o uso de opioides, além de melhorar a atividade física e a qualidade de vida. Nos casos de metástases ósseas e eventos ósseos, o emprego de órteses e de recursos analgésicos é uma prática utilizada em pacientes com dor<sup>2,11,39</sup>. Assim, esses achados referentes aos recursos empregados estão em consonância com a literatura.

A experiência de construção desse guia, aliando os resultados da pesquisa ao conteúdo teórico e à experiência dos profissionais envolvidos, demonstrou ser um processo viável que pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e à atualização em saúde, possibilitando a adequação de conteúdo a partir de sugestões. A contribuição da literatura disponível sobre a temática cujos autores se basearam para criação do conteúdo inicial permitiu acrescentar ao guia recursos que não foram citados na primeira etapa do estudo, mesmo não tendo sido empregados por serem indisponíveis na instituição, e o GF foi o método escolhido para aperfeiçoamento do material por pretender valorizar a opinião e percepção dos sujeitos envolvidos com o objeto a ser avaliado e permitir a contribuição dos participantes com sua percepção individual em igualdade de oportunidades para construção de uma razão coletiva<sup>28,40</sup>. Essa etapa foi significativa tendo em vista os diferentes níveis de formação e atuação dos profissionais incluídos, além de permitir abranger condições que não haviam sido contempladas na elaboração inicial.

A inserção dos profissionais nesse processo promoveu uma crítica construtiva, a fim de atender às expectativas dos colaboradores que podem possuir conhecimentos e interesses distintos de quem elabora o material, conforme observado por Echer<sup>41</sup> sobre a recomendação da integração de diferentes profissionais para produção de material educativo. Foi possível perceber que a contribuição para compor o guia teve significado para esses profissionais, pois eles certamente acreditam nas suas potencialidades e o adotariam como instrumento de apoio para atuação profissional.

Como destaque a algumas das principais considerações do GF com a literatura, os participantes ressaltaram a compreensão da dor como um fenômeno complexo que deve ser abordado com urgência por uma equipe multidisciplinar, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas incluindo a fisioterapia para o tratamento do sintoma. Foi frisada também a importância das reavaliações frequentes, da documentação do comprometimento funcional e dos tratamentos oferecidos que contribuem para o planejamento das condutas adequadas, pois o quadro algico e o *status* clínico desses pacientes podem mudar rapidamente<sup>2,10</sup>.

A falta de registros adequados sobre dor no momento da avaliação frequentemente pode levar ao seu subdiagnóstico e subtratamento. Para caracterizar a intensidade do desconforto físico do paciente e seu comprometimento funcional, foi apontado o valor das escalas que contribuem para uniformização da avaliação por parte dos profissionais e facilitam a compreensão dos pacientes com relação à intensidade do sintoma e os impactos que ele provoca na condição física. As equipes dedicadas ao cuidado devem estabelecer vias de comunicação claras para todo tipo de classificação do sintoma, dado o seu caráter progressivo, individual e multidimensional especialmente nos pacientes com câncer avançado<sup>1</sup>.

Buscou-se, com a criação desse guia, promover uma ferramenta para o cuidado da dor no paciente com câncer, a fim de servir como recurso para instrumentalizar os fisioterapeutas. Destinou-se a ser um recurso amplamente utilizado pelos profissionais que atuam em oncologia, sobretudo em cuidados paliativos. Este será um objetivo que se propõe alcançar mediante sua ampla disponibilização por meio do ambiente virtual. Por fim, ressalta-se que esse processo foi importante, pois, além de construir um instrumento orientador da prática profissional baseado no perfil dos pacientes e no olhar dos especialistas que atuam na área, possibilitou também uma reflexão a respeito dos processos de trabalho institucional e proporcionou um espaço de trocas de saberes dos profissionais, criando um real espaço de educação permanente<sup>42</sup>.

Um limite possível é a construção do material pautado apenas na experiência de profissionais, o que poderia resultar em um guia com vícios de atuação. Porém, esse limite foi reduzido pela realização da segunda etapa, na qual foi construída a versão inicial do guia baseando-se na literatura especializada. Além disso, a escolha de profissionais experientes no tratamento de pessoas com câncer com diferentes perfis e locais de atuação profissional também reduziu esse limite. Como ponto forte, cita-se o fato de o estudo de ter sido desenvolvido em uma instituição de tratamento oncológico de referência nacional, e que o guia pode ser usado por profissionais que atuam na assistência fisioterapêutica a pacientes com câncer em diferentes cenários e níveis de complexidade,

como em hospitais gerais, em ambientes ambulatoriais, ou de assistência domiciliar.

## CONCLUSÃO

O conhecimento das características da dor, funcionalidade e dos tratamentos fisioterapêuticos utilizados permitiu melhor compreensão da população de pacientes com câncer e dor. A associação desses dados ao conteúdo da literatura disponível e à expertise dos profissionais que contribuíram no GF permitiu a construção do guia, em um processo que foi permeado pela estratégia participativa e possibilitou a construção de um material composto por diversos recursos para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor no câncer. Foi desenvolvido para ser objetivo e de fácil compreensão para fisioterapeutas e, assim, contribuir para o planejamento da assistência adequada para o controle do sintoma.

## AGRADECIMENTOS

Aos colaboradores que participaram do GF: Gustavo Telles da Silva, Monica Maria Pena Quintão, Cassia Costa Lores Rodrigues, Roberta Barros Xavier, Cristiane Monteiro Carvalho, Juliana Flavia de Oliveira Tavares de Oliveira, Francine Peres da Silva, Juliana Miranda Dutra de Resende pelas valiosas contribuições.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente em todas as etapas do manuscrito e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

A autora Anke Bergmann declara potencial conflito de interesses pela condição de ser a editora-científica da Revista Brasileira de Cancerologia do INCA. Os demais autores não possuem conflito de interesses.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. Castilho RK, Silva VCS, Pinto CS, editores. Manual de cuidados paliativos. 3. ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu; 2021.
2. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro: INCA; 2021.
3. Sampaio LA, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(4):339-46. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n4.1940>
4. Sampaio SGS. Dor em cuidado paliativo oncológico: uma avaliação da percepção do tratamento da dor em pacientes internados em uma unidade hospitalar [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.
5. Fortunato JGS, Furtado MS, Hirabae LFA, et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Rev Hosp Universit Pedro Ernesto.* 2013;12(3):110-17.
6. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. Rev Ampl. São Paulo: ANCP; 2012.
7. Mendes CMC, Machado DM, Linartevichi VF. Índice de dor neuropática em pacientes oncológicos e conduta farmacológica. *FJH.* 2020;2(4):424-8.
8. Couceiro TCM, Lima LC, Coutinho Junior MP, et al. Prevalence of neuropathic pain in patients with cancer. *Br J Pain.* 2018;1(3)231-5.
9. Cipta AM, Pietras CJ, Weiss TE, et al. Cancer-related pain management in clinical oncology. *J Community Support Oncol.* 2015;13(10):347-55.
10. Silva JM, Plens CM, Morbeck EP, et al. Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2021.
11. Florentino DM, Sousa F, Maiworn AI, et al. A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Rev Hosp Universit Pedro Ernesto.* 2012;11(2):50-7.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção I:59.
13. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity and guidelines. *J Clin Oncol.* 1984;2(3):187-93.
14. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2023 mar 9]. Disponível em: [https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm\\_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD\\_BwE&gclid=aw.ds](https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclid=aw.ds)
15. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. *Br J Pain.* 2020;3(3):197-8.
16. George B, Minello C, Allano G, et al. Opioids in cancer-related pain: current situation and outlook. *Support Care Cancer.* 2019;27(8):3105-18.



17. Veloso HHP, Caldas JMP, Soares MSM. Tratamento multidisciplinar em pacientes oncológicos. João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora; 2019.
18. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. ESMO guidelines working group. management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol.* 2012;23(Suppl 7):139-54.
19. Hennemann-Krause L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Rev Hosp Universit Pedro Ernesto.* 2012;11(2):26-31.
20. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(6):1073-93.
21. Jeter K, Blackwell S, Burke L, et al. Cancer symptom scale preferences: does one size fit all? *BMJ Support Palliat Care.* 2018;8(2):198-203.
22. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. *Am J Clin Oncol.* 1982;5(6):649-55.
23. Pena R, Barbosa LA, Ishikawa NM. Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica: uma revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2008;54(2)193-9. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2008v54n2.1750>
24. International Lymphoedema Framework, Canadian Lymphedema Framework. The management of lymphoedema in advanced cancer and oedema at the end of life. Berkhamsted: ILF; 2010. [acesso 2023 ago 23]. Disponível em: <https://www.lympho.org/uploads/files/files/Palliative-Document.pdf>
25. Góes GS, Munduruca TLL, Ferreira VP, et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados: revisão de literatura. *Pós Grad Fisiot. Hosp.* 2016 [acesso 2023 set 19];1-14. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/447>
26. Pinheiro ALB, Almeida PF, Soares LGP. Princípios fundamentais dos lasers e suas aplicações. In: Resende RR, organizador. *Biotecnologia aplicada à Agro&Indústria.* v. 4. São Paulo: Blucher; 2017. p. 815-94.
27. Banerjee G, Rebanks J, Briggs M, et al. Kinesiology taping as an adjunct for pain management in cancer? *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216439.
28. Tanaka LH, Sanatan CLA. Grupo Focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em Saúde. In: Toledo RF, Rosa TEC, Keinet TM, et al. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. p. 205-41.
29. Gondin SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paldéia (Ribeirão Preto).* 2002;12(24):149-6.
30. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e112. doi: <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2022.112>
31. Satija A, Joad AK, Rana SPS, et al. The burden of cancer-related neuropathic pain: a multi-centric cross-sectional observational study from north India. *Indian Indian J Palliat Care.* 2021;27(1):104-8.
32. Roberto A, Deandrea S, Greco MT, et al. Prevalence of neuropathic pain in cancer patients: pooled estimates from a systematic review of published literature and results from a survey conducted in 50 italian palliative care centers. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(6):1091-102.e4
33. Belayneh M, Fainsinger R, Nekolaichuk C, et al. Edmonton classification system for cancer pain: comparison of pain classification features and pain intensity across diverse palliative care settings in canada. *J Palliat Med.* 2023;26(3):366-75.
34. Omran S, Khader Y, Mccmillan S. Symptom clusters and quality of life in hospice patients with cancer. *asian pacific journal of cancer prevention: APJCP.* 2017;18(9):2387-93.
35. Allende-Perez SR, Peña-Nieves A, Gómez MÁH, et al. Profile, treatment, and survival of palliative cancer patients in a middle-income country's cancer center. *Am J Hosp Palliat Care.* 2022;39(4):456-60.
36. Lima AD, Maia IO, Costa Junior I, et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. *Rev Dor.* 2013;14(4):267-71.
37. Heywood R, Mccarthy AL, Skinner TL. Efficacy of exercise interventions in patients with advanced cancer: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;99(12):2595-2620.
38. Lee CH, Kim JK, Jun HJ, et al. Rehabilitation of advanced cancer patients in palliative care unit. *Ann Rehabil Med.* 2018;42(1):166-74.
39. Rief H, Förster R, Rieken S, et al. The influence of orthopedic corsets on the incidence of pathological fractures in patients with spinal bone metastases after radiotherapy. *BMC Cancer.* 2015;15:745.
40. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis.* 2009;19(3):777-96.
41. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(5):754-7.
42. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente em saúde nos serviços de saúde. *Escola Anna Nery Rev Enferm.* 2017;21(4):1-10.

Recebido em 11/1/2024  
Aprovado em 11/3/2024