

# Construcción de una Guía para la Evaluación y Manejo Fisioterapéutico Del Dolor en Pacientes con Cáncer

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

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

*Construção de um Guia para Avaliação e Manejo Fisioterapéutico da Dor em Pacientes com Câncer*

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>

## RESUMEN

**Introducción:** La fisioterapia puede contribuir al control del dolor en pacientes con cáncer y se deben desarrollar estrategias educativas para incrementar las acciones fisioterapéuticas en este contexto. **Objetivo:** Desarrollar una guía para la evaluación y manejo fisioterapéutico del dolor oncológico. **Método:** Estudio desarrollado en tres etapas: 1. Análisis descriptivo de datos sociodemográficos, clínicos, funcionales, características del dolor y tratamientos fisioterapéuticos 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 fisioterapéuticos más utilizados fueron: posicionamiento (98,0%), kinesioterapia (68,0%), marcha (39,0%), uso de ortesis (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 fisioterapéutico 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 fisioterapéutico del dolor en pacientes con cáncer.

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

## 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.

## 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 fisioterapéuticas nesse contexto. **Objetivo:** Elaborar uma guia para avaliação e manejo fisioterapéutico da dor no câncer. **Método:** Estudo desenvolvido em três etapas: 1. Análise descritiva de dados sociodemográficos, clínicos, funcionais, características da dor e tratamentos fisioterapéuticos 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 fisioterapéuticos 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 fisioterapéutico 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 fisioterapéutico da dor em pacientes com câncer. **Palavras-chave:** Dor do Câncer; Modalidades de Fisioterapia; Hospitalização; Neoplasias/epidemiologia; Manejo da Dor.

<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>  
<sup>5</sup>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>6</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>  
**Dirección para correspondencia:** 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



## INTRODUCCIÓN

El dolor en el cáncer está relacionado a varios factores y puede ser caracterizado como agudo o crónico, según los mecanismos fisiopatológicos. Además, puede ser clasificado como nociceptivo, neuropático y mixto, dependiendo del mecanismo causal<sup>1,2</sup>.

El dolor nociceptivo sucede como resultado de la activación de mecanorreceptores de umbral alto por fuerzas mecánicas aumentadas. Cuando el estímulo ocurre en los nociceptores superficiales, se le llama dolor nociceptivo somático, que generalmente es constante, bien localizado, empeora con el movimiento y se alivia con reposo; puede ser causado por metástasis óseas e infiltración tumoral de partes blandas. Cuando el estímulo ocurre en los nociceptores profundos, se le llama dolor nociceptivo visceral que está mal localizado o referido, caracterizado como apretón o presión; puede ser consecuencia de tumores abdominales primarios o metastáticos, e intermitente, tipo cólico, con o sin reacciones autonómicas (náuseas, vómitos, sudoración), como por ejemplo en los casos de obstrucción intestinal maligna<sup>1,3-5</sup>.

El dolor neuropático ocurre como consecuencia de daño directo a un nervio o de función nerviosa anormal en cualquier punto a lo largo de todo trayecto neuronal, de los tejidos periféricos al sistema nervioso central, siendo ocasionado por el tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico, o aun por invasión tumoral. Como ejemplos, pueden ser citadas la polineuropatía por quimioterapia o la mononeuropatía por invasión del plexo nervioso. El dolor puede aun irradiarse cuando aparece en el trayecto nervioso donde el estímulo ocurre y puede ser referido cuando aparece en lugar distante de donde ocurre el estímulo<sup>6-8</sup>.

La percepción del dolor es muy personal y tiene componentes físico, emocional, social y espiritual, caracterizando el término “dolor total”. Este síntoma trae gran sufrimiento emocional, tristeza, depresión, dolor existencial, frustración y rabia con la enfermedad y su tratamiento, además de impactar en la funcionalidad, independencia para las actividades y en la calidad de vida relacionada a la salud<sup>2,9,10</sup>.

Con el objetivo de controlar el dolor, reducir el riesgo de complicaciones funcionales y facilitar las actividades de vida diaria (AVD), es imprescindible la evaluación individualizada de cada paciente y que se instituya un enfoque multidisciplinario. En virtud de la subjetividad del síntoma, deben considerarse su tiempo de duración, la causa, la localización, las características, el tipo, la intensidad y su comportamiento. El control algíco se hace usando medicamentos y la asociación de medidas no farmacológicas al tratamiento puede contribuir para

la reducción del uso de medicaciones y, en consecuencia, minimizar sus efectos colaterales por el uso a largo plazo<sup>1,2</sup>.

En ese contexto, el tratamiento fisioterapéutico se constituye de una medida no farmacológica que utiliza recursos físicos para ayudar en el control de síntomas<sup>10,11</sup>. Sin embargo, son escasas las evidencias científicas y los materiales bibliográficos técnicos que puedan orientar la práctica del profesional fisioterapeuta en el manejo del dolor en pacientes con cáncer avanzado. De esta forma, el presente trabajo tiene como objetivo la elaboración de una guía para la evaluación y manejo fisioterapéutico del dolor en pacientes con cáncer.

## MÉTODO

Estudio desarrollado en la internación hospitalaria (IH) del Hospital del Cáncer IV (HCIV), en la unidad de cuidados paliativos del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), localizado en la ciudad de Río de Janeiro (RJ), Brasil, y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la institución con el número de parecer 4.729.007, del 24 de mayo de 2021 (CAAE: 46226921.7.0000.5274), en conformidad con las recomendaciones de las directrices de ética relacionadas a los estudios que involucran seres humanos de acuerdo con la Resolución n.º. 466/2012<sup>12</sup> del Consejo Nacional de Salud.

Este estudio fue desarrollado en tres etapas, siendo una de enfoque cuantitativo (primera); otra para la elaboración de la versión preliminar de la guía (segunda); y, finalmente, una de metodología cualitativa (tercera etapa).

### PRIMERA ETAPA

La etapa cuantitativa involucró un estudio cohorte prospectivo de pacientes con cáncer avanzado, independientemente de la localización tumoral, de ambos sexos, con queja de dolor en el momento de la admisión hospitalaria, internados en el HCIV entre junio de 2021 y abril de 2022 y atendidos por el servicio de fisioterapia. Conforme con la rutina institucional, la primera atención fisioterapéutica se dio en hasta 72 horas después de la IH, y se hizo seguimiento a los pacientes hasta el séptimo día de IH.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor o igual a 18 años, presentar dolor tratado por el servicio de fisioterapia conforme con la rutina institucional en el momento de la admisión (excluyendo epigastralgia, cefalea, disuria etc.); tener un *Karnofsky Performance Status* (KPS)  $\geq 30\%$ ; y concordar en participar y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Fueron excluidos aquellos que no tenían condiciones clínicas (desorientación/ alteración del nivel de consciencia, disnea, náusea/vómito, sangrado) o presentaban dificultad de comprender las preguntas de la encuesta.

Datos sociodemográficos, clínicos, funcionales, de características del dolor y tratamientos fisioterapéuticos realizados fueron recolectados y registrados en formulario propio por investigadores entrenados en entrevistas cara a cara con el paciente y mediante consulta a las historias clínicas. Las variables edad, sexo, sitio tumoral primario, progresión de enfermedad oncológica, la presencia de metástasis ósea y de eventos óseos, aspectos inherentes al dolor y funcionalidad se refieren al *baseline* del estudio, o sea, al día en que el paciente recibió la primera atención fisioterapéutica.

Para la evaluación del dolor, se consideraron los criterios de diagnóstico de la *International Association for the Study of Pain* (IASP). Fueron evaluados la presencia de dolor en la admisión hospitalaria o antes de la IH y el tiempo de duración del dolor (previamente a la IH); los tipos de dolor de acuerdo con su mecanismo fisiopatológico (nociceptivo somático, nociceptivo visceral, neuropático y mixto); y la localización del dolor [cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis, miembros superiores (MMSS), miembros inferiores (MMII), columna cervical, columna torácica, columna lumbar y sacro]. En cuanto a las características del síntoma descritas por el paciente, el dolor fue clasificado como espontáneo, incidental o por falla al final de la dosis terapéutica. En el momento de la evaluación inicial, los pacientes fueron interrogados sobre factores actuales o previos que, a partir de sus perspectivas, contribuían para empeorar o mejorar el síntoma (permanecer echado; cambiar de decúbito; sentarse; deambular; respirar hondo; u otro) y su intensidad por la escala verbal numérica (EVN), en la cual el paciente atribuyó una nota de 0 a 10, siendo “0” ausencia de dolor y “10” el dolor más intenso posible. De esta manera, considerando la EVN, el dolor fue clasificado como ausente (0), leve o de intensidad débil (1 a 3), moderado (4 a 6), o intenso (7 a 10)<sup>2,5</sup>.

La funcionalidad fue evaluada usando la escala de *Karnofsky Performance Status* (KPS), que clasifica al individuo en cuanto a su capacidad de realizar trabajo activo, autocuidado y necesidad de cuidados médicos frecuentes debido a la mayor evidencia de enfermedad. Esta escala tiene once categorías y cada una se puntúa en 10%; una puntuación más baja indica peor funcionalidad, así, 100% es función completa y 0%, muerte<sup>13</sup>.

Además, considerando el período entre la primera atención fisioterapéutica hasta el séptimo día de IH, fueron totalizados el número de atenciones fisioterapéuticas y los recursos fisioterapéuticos empleados [calor superficial, crioterapia, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), kinesioterapia motora, posicionamiento, adaptación de cojín, terapia compresiva, ortesis para estabilización esquelética, auxiliares de marcha, deambulación, prácticas integradoras y complementarias

(PIC), otros recursos]. Estas, por lo tanto, fueron las únicas variables evaluadas considerando los siete días de acompañamiento en la cohorte.

Los análisis fueron realizados utilizando el software SPSS<sup>14</sup> versión 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*, Chicago, IL, EE. UU.). Las variables continuas fueron descritas en media y desviación estándar o en mediana e intervalo intercuartílico, mientras que las categóricas fueron descritas en frecuencia absoluta y relativa.

## SEGUNDA ETAPA

A partir de los resultados de la primera etapa y del contenido teórico procedente de algunas referencias seleccionadas<sup>1,3,4,10,11,13,15-27</sup>, una fisioterapeuta con experiencia profesional en el área (autora principal) desarrolló la versión preliminar de la guía.

## TERCERA ETAPA

La tercera etapa, de metodología cualitativa, contó con un grupo focal (GF) compuesto por fisioterapeutas para perfeccionar la propuesta preliminar. Este proceso originó la versión final de la guía, pautada en la construcción de una visión colectiva de la realidad respecto a la evaluación y al manejo fisioterapéutico del dolor en el cáncer<sup>28</sup>.

El GF se realizó en un encuentro que duró cerca de dos horas conforme con la recomendación de la literatura y estuvo formado por ocho fisioterapeutas experimentados en el tratamiento del dolor en el cáncer, servidores de las cuatro unidades asistenciales del INCA (HCI, HCII, HCIII y HCIV), seleccionados por conveniencia<sup>28,29</sup>, que firmaron el TCLE y tuvieron disponibilidad en la fecha y lugar establecidos. Se buscó la composición de un grupo heterogéneo, en lo que se refiere a las áreas de actuación en oncología clínica y quirúrgica, además de cuidados paliativos.

El GF se dio de forma presencial y fue realizado por dos investigadores con grabación de audio de su contenido. Hubo preparación del ambiente, buscando dar comodidad, privacidad y estimular la participación e interacción de los participantes.

Tres fases conformaron la dinámica del GF. En la primera, se dio la presentación del perfil de los pacientes identificados en la primera etapa de esta investigación. En la segunda, se utilizaron preguntas para contextualizar el asunto, abordando temas sobre las concepciones del dolor en el cáncer, si el perfil de los pacientes atendidos por los participantes correspondía al encontrado en el estudio y sobre las maneras de evaluación y tratamiento fisioterapéutico del dolor en las unidades. En la tercera fase, la versión preliminar de la guía fue revelada, con discusión abierta para cada ítem de la guía. El consenso del grupo permitió la construcción y el perfeccionamiento

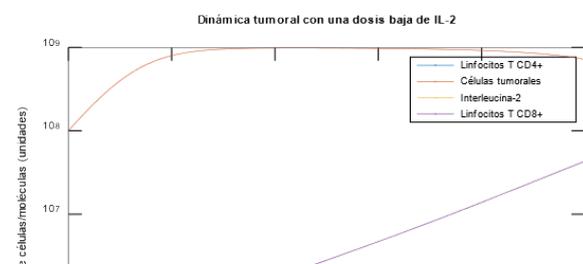
de la última versión de la guía finalizada en el propio GF mediante la expresión y argumentación de cada participante.

## RESULTADOS

### PRIMERA ETAPA

Fueron evaluados 62 pacientes (Figura 1), cuya mayoría tenía una edad menor de 60 años ( $n = 42$ ; 67,7%) y era de sexo femenino ( $n = 43$ ; 69,3%). El sitio tumoral primario más frecuente fue el ginecológico ( $n = 16$ ; 25,8%) seguido por mama ( $n = 10$ ; 16,1%), mitad de la población estudiada pasó por metástasis ósea y el 37,1% tuvo algún evento óseo (Tabla 1).

El tiempo promedio de duración del dolor fue de



**Figura 1.** Flujograma de selección de pacientes internados con dolor en la unidad de cuidados paliativos y acompañados por el servicio de fisioterapia ( $n = 62$ )

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

**Leyendas:** HCIV = Hospital del Cáncer IV;  $n$  = número de observaciones.

\*desorientación/alteración del nivel de conciencia  $n = 156$ ; disnea  $n = 12$ ; náusea/vómito  $n = 19$ ; sangrado  $n = 3$ .

\*\*epigastralgia  $n = 4$ ; cefalea  $n = 7$ ; disuria  $n = 4$ ; otras  $n = 12$ .

61,4 ( $\pm 5,7$ ) días, siendo el dolor neuropático (51,6%) el más prevalente. La localización más frecuente del dolor fue en la columna (29,0%), seguida de los MMII (22,6%), y la intensidad identificada como moderada a intensa en el 69,3% de los pacientes. El principal factor de peoría del síntoma fue el sentarse (38,7%) y el principal factor de mejoría fue el permanecer echado (61,3%). En el momento de la primera evaluación del servicio de fisioterapia, la mediana del KPS fue 40% (30%-40%) y de la EVN fue 6 (3-8) (Tabla 2).

En la Figura 2 están descritas las prevalencias de los tratamientos fisioterapéuticos ofrecidos a los pacientes con dolor hasta el séptimo día de IH. Los recursos más frecuentemente utilizados fueron el posicionamiento (98,0%), seguido por la kinesioterapia motora (68,0%), la deambulacion (39,0%), la ortesis para estabilización esquelética (32,0%) y la TENS (21,0%).

### SEGUNDA ETAPA

La versión preliminar de la guía fue intitulada: "Guía fisioterapéutica para evaluación y manejo del dolor

**Tabla 1.** Características de pacientes con cáncer internados con dolor en una unidad de cuidados paliativos ( $n = 62$ )

Variables	Total n (%)
<b>Edad (años)</b>	
>60	20 (32,3)
<60	42 (67,7)
<b>Sexo</b>	
Masculino	19 (30,7)
Femenino	43 (69,3)
<b>Sitio tumoral primario</b>	
Ginecológico <sup>a</sup>	16 (25,8)
Mama	10 (16,1)
Pulmón	6 (9,7)
CC	3 (4,8)
TOC	5 (8,1)
TGI <sup>b</sup>	6 (9,7)
Próstata	2 (3,2)
Otros <sup>c</sup>	14 (22,6)
<b>Progresión de enfermedad</b>	
Local	8 (12,9)
Locorregional y metástasis a distancia	54 (87,1)
<b>Metástasis ósea</b>	
No	31 (50,0)
Sí	31 (50,0)
<b>Evento óseo<sup>d</sup></b>	
No	39 (62,9)
Sí	23 (37,1)

**Leyendas:**  $n$  = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa; CC = cabeza y cuello; TOC = tejido óseo conectivo; TGI = tracto gastrointestinal.

<sup>a</sup>cuello uterino y ovario; <sup>b</sup>esófago, estómago, intestino y recto; <sup>c</sup>sistema nervioso central, melanoma, piel no melanoma, tiroides y otros; <sup>d</sup>de estos, un paciente tuvo hipercalemia, seis tuvieron fractura patológica y 21 tuvieron síndrome de compresión medular.

oncológico en pacientes en cuidados paliativos". Su contenido puede apreciarse en el Cuadro 1.

### TERCERA ETAPA

Los ocho fisioterapeutas participantes del GF tenían entre 39 y 57 años, seis eran de sexo femenino. En cuanto a su calificación académica, uno era post doctor, dos doctores, dos magísteres y tres tenían especialización (datos no mostrados en tablas).

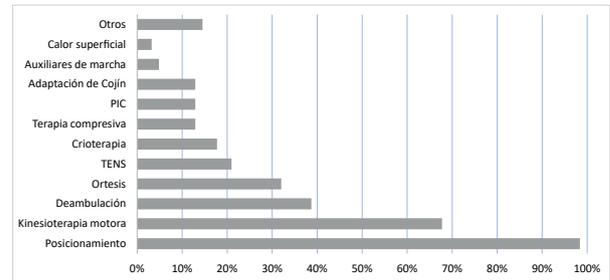
Durante el GF, los participantes evaluaron positivamente la versión preliminar de la guía. Consideraron importante la decisión de elaborar un recurso didáctico y basado en la descripción del perfil de pacientes con cáncer internados con dolor, en la literatura disponible y en la participación de profesionales experimentados en tratar el síntoma. Evaluaron que la guía estaba escrita en un lenguaje de fácil comprensión y que su lectura proporcionaba una visión integral sobre los métodos para evaluación y

**Tabla 2.** Características del dolor y funcionalidad de pacientes con cáncer internados con dolor en una unidad de cuidados paliativos (n = 62)

Variables	Total n (%)
<b>Duración (días)<sup>a</sup></b>	61,4 (±5,7)
<b>Tipo de dolor</b>	
Neuropático	32 (51,6%)
Nociceptivo somático	17 (27,4%)
Nociceptivo visceral	8 (12,9%)
Mixta	5 (8,1%)
<b>Localización del dolor</b>	
Columna <sup>b</sup>	18 (29,0%)
MMII	14 (22,6%)
Abdomen	9 (14,6%)
Tórax	8 (12,9%)
MMSS	2 (3,2%)
Pelvis	2 (3,2%)
Otros	9 (14,5%)
<b>Intensidad del dolor (EVN)</b>	
Leve	19 (30,7%)
Moderado e intenso	43 (69,3%)
<b>Característica</b>	
Espontáneo	32 (51,6%)
Incidental	24 (38,7%)
Final de la dosis	6 (9,7%)
<b>Factor de peoría del dolor<sup>c</sup></b>	
Sentarse	24 (38,7%)
Deambular	18 (29,0%)
Mudar de decúbito	16 (25,8%)
Permanecer echado	5 (8,1%)
Respirar hondo	1 (1,6%)
Otros	7 (11,3%)
<b>Factor de mejoría del dolor<sup>c</sup></b>	
Permanecer echado	38 (61,3%)
Sentarse	2 (3,2%)
Mudar de decúbito	1 (1,6%)
Otros	5 (8,1%)
No informado	16 (25,8%)
Número total de atenciones de la fisioterapia durante la IH <sup>d</sup>	3 (2-4)
<b>KPS (%) en la 1ª consulta de la fisioterapia d</b>	40 (30-40)
<b>EVN en la 1ª consulta de la fisioterapia<sup>d</sup></b>	6 (3-8)

**Leyendas:** n = frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa; MMII = miembros inferiores; MMSS = miembros superiores; IH = internación hospitalaria; KPS = *Karnofsky Performance Status*; EVN = escala verbal numérica.

<sup>a</sup> media y desviación estándar; <sup>b</sup> columna cervical + columna torácica + columna lumbar; <sup>c</sup> posibilidad de más de una opción de respuesta por paciente; <sup>d</sup> mediana <sup>e</sup> intervalo intercuartílico.



**Figura 2.** Prevalencia de tratamientos fisioterapéuticos ofrecidos a los pacientes con cáncer y dolor internados en una unidad de cuidados paliativos (n = 62).

**Leyendas:** PIC = prácticas integradoras complementarias; TENS = *transcutaneous electrical nerve stimulation*.

tratamiento del síntoma, presentando ayudas para la labor fisioterapéutica en los diversos ambientes para el control algico. Se sugirieron algunas alteraciones descritas a continuación:

En el ítem “El dolor oncológico”, el GF sugirió la inclusión de una definición de dolor, para posteriormente describir sus principales causas. Se sugirió también adicionar que los pacientes con cáncer pueden presentar dolores no solamente relacionados a la enfermedad y al tratamiento, sino también relacionados a otras cuestiones como inmovilismo, debilidad muscular, anomalías musculoesqueléticas o metabólicas, entre otros. Considerando estas condiciones, se consensó en utilizar el término dolor en el cáncer. Además, hay que resaltar la necesidad de la observación de señales y síntomas, de exámenes físicos y de evaluación de exámenes complementarios.

Para el ítem “Fisioterapia en pacientes con dolor oncológico: Evaluación”, las sugerencias principales fueron la inclusión de la información respecto de la necesidad de la periodicidad diaria de la evaluación, la comprensión de los antecedentes de la funcionalidad del paciente y sobre el uso adecuado de las escalas de dolor por los profesionales.

En el ítem “Fisioterapia en pacientes con dolor oncológico: Intervenciones”, la sugerencia fue destacar la información de que el tratamiento del dolor debe ser comprendido como medida prioritaria. Además, deberían ser incluidas algunas limitaciones y precauciones referentes a las técnicas descritas. Tales técnicas y sus detalles fueron incluidos en la versión final de la guía a la que se puede acceder íntegramente en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1509620>

## DISCUSIÓN

El desarrollo de este trabajo posibilitó la elaboración de un importante instrumento basado en la asociación de tres importantes elementos, que son: las características de pacientes con cáncer avanzado que presentan dolor;

**Cuadro 1.** Contenido de la versión preliminar de la guía

ÍTEM	DESCRIPCIÓN
<b>Introducción</b>	Presentación de la guía, descripción de su objetivo y medidas utilizadas para construcción del contenido
<b>El dolor oncológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es dolor oncológico?</li> <li>- ¿Cómo se ocasiona?</li> <li>- ¿Cómo es clasificado el dolor oncológico y cuáles son sus tipos?</li> <li>- ¿Cómo es diagnosticado?</li> <li>- ¿Cómo es tratado?</li> </ul>
<b>Fisioterapia en pacientes con dolor oncológico: Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del dolor</li> <li>- Evaluación funcional</li> </ul>
<b>Fisioterapia en pacientes con dolor oncológico: Intervenciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamiento adecuado y adaptaciones de cojín para posicionamiento</li> <li>- Kinesioterapia motora</li> <li>- Deambulacion</li> <li>- Ortesis y dispositivos auxiliares de marcha</li> <li>- TENS</li> <li>- Crioterapia</li> <li>- Terapia compresiva</li> <li>- PIC</li> <li>- Calor superficial</li> <li>- Recursos Terapéuticos Manuales</li> <li>- Fotobiomodulación</li> <li>- Taping</li> </ul>
<b>Referencias bibliográficas</b>	Presenta las referencias utilizadas en la guía

**Leyendas:** TENS = estimulación eléctrica nerviosa transcutánea; PIC = prácticas integradoras complementarias.

el contenido teórico relacionado a la temática; y la experiencia de fisioterapeutas que actúan en el tratamiento del dolor del cáncer en una institución de referencia nacional.

El dolor en el cáncer ocurre debido a una lesión tisular real o potencial, pudiendo estar relacionada con el tumor y sus metástasis, el tratamiento oncológico y por diversas condiciones como inmovilismo, debilidad muscular, lesiones por presión, entre otras<sup>3,4,16</sup>. La literatura describe la dificultad de alcance del control algico en el paciente con cáncer, que diversos factores influyen en el desarrollo de dolor crónico y que no existe diferencia en la prevalencia de dolor entre pacientes en tratamiento antineoplásico y los que están en estadio avanzado de la enfermedad<sup>18</sup>. Incluso se describe que pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos sienten dolor constante y sin períodos de mejora, además de estar sometidos a analgesia inadecuada usando medicamentos<sup>7</sup>. Estas evidencias corroboran los resultados de este trabajo que mostraron un largo tiempo del síntoma, caracterizado por un promedio de 61,4 días.

Se observó que el dolor neuropático (51,6%) fue en esa propuesta el más prevalente y evaluado por los criterios de diagnóstico de la IASP. Un estudio de Satija *et al.*<sup>31</sup>, desarrollado con pacientes con cáncer en cuidados paliativos acompañados ambulatoriamente en tres hospitales en la India, demostró prevalencia similar de ese tipo de dolor (54%), evaluada por medio del *Leeds*

*Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (S-LANSS). Couceiro *et al.*<sup>8</sup> identificaron una prevalencia del 53% de dolor neuropático, mediante el *Douleur Neuropathique en 4 questions* (DN-4), en pacientes en tratamiento oncológico. Una revisión sistemática desarrollada por Roberto *et al.*<sup>32</sup> demostró que cerca de un tercio de los pacientes con cáncer sufre de dolor neuropático, siendo una condición frecuente en fases avanzadas de la enfermedad. Belayneh *et al.*<sup>33</sup> utilizaron los criterios de diagnóstico de la IASP y obtuvieron una frecuencia del 24,9% de dolor neuropático entre pacientes con cáncer avanzado en once centros en el Canadá en ambulatorios, hospitales y asistencia a domicilio. En otro estudio<sup>7</sup>, en el que se utilizó el cuestionario PAINDETECT, se observó que el 33% de la población en tratamiento oncológico presentaba este tipo de dolor y se concluyó que existe dificultad en su control aun cuando es tratado con opioides, resaltando incluso la importancia del acompañamiento multidisciplinario para el enfoque de los síntomas. El diagnóstico de dolor neuropático es difícil y las diferencias encontradas en los estudios pueden ser justificadas por el hecho de haber sido desarrollados en escenarios diversos y utilizadas diferentes herramientas para la identificación del síntoma.

Entre los pacientes evaluados, el 69,3% refirió tener dolor moderado o intenso. Se sabe que, con el avance de la enfermedad oncológica, síntomas como el dolor se destacan como los más prevalentes, de mayor intensidad y más angustiantes, independientemente del tipo tumoral

y contexto clínico<sup>34</sup>. Otros estudios<sup>33,35,36</sup> demostraron intensidad elevada de dolor en sus hallazgos y dificultad en el control del síntoma. Belayneh *et al.*<sup>33</sup> encontraron dolor moderado a intenso en el 61,7% de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos. Allende-Pérez *et al.*<sup>35</sup> observaron que el 65% de los pacientes presentaba alguna intensidad de dolor y que el 40% tenía dolor moderado o intenso. Lima *et al.*<sup>36</sup> evaluaron pacientes con cáncer avanzado en tratamiento oncológico específico y paliativo, y comprobaron que el 70,7% de ellos no tenía control algico en el momento de la internación y que el dolor neuropático fue el de más difícil control.

Este estudio demostró que el posicionamiento en la cama y la kinesioterapia motora fueron los tratamientos fisioterapéuticos más ofrecidos a los pacientes con dolor. Mediante el compromiso funcional frecuente, queja de dolor espontáneo y relato de permanecer echado como el principal factor de mejora del dolor por los pacientes evaluados, estos tratamientos fisioterapéuticos pueden contribuir para el control algico en esas condiciones buscando también el mantenimiento de la funcionalidad<sup>10</sup>.

Una revisión sistemática reveló que el ejercicio físico parece ser un procedimiento eficaz que debe recomendarse para pacientes con cáncer avanzado para la mejoría de la función física, pero que solo el 25% de los estudios analizados en esa revisión señaló que el dolor mejoró en respuesta al ejercicio<sup>37</sup>. Lee *et al.*<sup>38</sup> resaltan que el uso de modalidades físicas, analgésicos, terapia de inyección y ejercicios pueden reducir el dolor y el uso de opioides, además de mejorar la actividad física y la calidad de vida. En los casos de metástasis y eventos óseos, el empleo de ortesis y de recursos analgésicos es una práctica utilizada en pacientes con dolor<sup>2,11,39</sup>. Así, estos hallazgos referentes a los recursos empleados están en consonancia con la literatura.

La experiencia de construcción de esta guía, asociando los resultados de la investigación al contenido teórico y a la experiencia de los profesionales involucrados, demostró ser un proceso viable que puede aplicarse en la elaboración de materiales educativos destinados a la educación y a la actualización en salud, posibilitando la adecuación de contenido a partir de sugerencias. La contribución de la literatura disponible sobre la temática cuyos autores se basaron para la creación del contenido inicial permitió acrecentar a la guía recursos que no fueron citados en la primera etapa del estudio, incluso sin haber sido empleados por no estar disponibles en la institución, y el GF fue el método elegido para el perfeccionamiento del material por querer valorar la opinión y percepción de los sujetos envueltos con el objeto a ser evaluado y permitir la contribución de los participantes con su percepción individual en igualdad de oportunidades para la construcción de una razón colectiva<sup>28,40</sup>. Esta etapa

fue significativa considerando los diferentes niveles de formación y labor de los profesionales incluidos, además de permitir abarcar condiciones que no habían sido contempladas en la elaboración inicial.

La inserción de los profesionales en este proceso promovió una crítica constructiva, con la finalidad de cumplir con las expectativas de los colaboradores que pueden tener conocimientos e intereses distintos de quien elabora el material, según fue observado por Echer<sup>41</sup> sobre la recomendación de la integración de diferentes profesionales para la producción de material educativo. Fue posible percibir que la contribución para construir la guía tuvo significado para estos profesionales, pues ellos en verdad creen en sus potencialidades y lo adoptarían como instrumento de apoyo para su labor profesional.

Como destaque a algunas de las principales consideraciones del GF con la literatura, los participantes resaltaron la comprensión del dolor como un fenómeno complejo que debe ser abordado con urgencia por un equipo multidisciplinario, utilizando medidas farmacológicas y no farmacológicas incluyendo la fisioterapia para el tratamiento del síntoma. Se resaltó también la importancia de las reevaluaciones frecuentes, de la documentación del compromiso funcional y de los tratamientos ofrecidos que contribuyen para el planeamiento de las conductas adecuadas, pues el cuadro algico y el cuadro clínico de esos pacientes pueden cambiar rápidamente<sup>2,10</sup>.

La falta de registros adecuados sobre dolor en el momento de la evaluación frecuentemente puede conducir a su subdiagnóstico y subtratamiento. Para caracterizar la intensidad de la incomodidad física del paciente y su compromiso funcional, se señaló el valor de las escalas que contribuyen para la uniformización de la evaluación por parte de los profesionales y facilitan la comprensión de los pacientes con relación a la intensidad del síntoma y los impactos que este provoca en la condición física. Los equipos dedicados al cuidado deben establecer vías de comunicación claras para todo tipo de clasificación del síntoma, dado su carácter progresivo, individual y multidimensional especialmente en los pacientes con cáncer avanzado<sup>1</sup>.

Se buscó, con la creación de esta guía, promover una herramienta para el cuidado del dolor en el paciente con cáncer, con el fin de servir como recurso para ser instrumentalizado por los fisioterapeutas. Se destinó para ser un recurso ampliamente utilizado por los profesionales que actúan en oncología, sobre todo en cuidados paliativos. Este será un objetivo que se propone lograr mediante su amplia puesta a disposición por medio del mundo virtual. Finalmente, se resalta que este proceso fue importante, pues, además de construir un instrumento orientador de la práctica profesional basado en el perfil de

los pacientes y en la mirada de los especialistas que actúan en el área, posibilitó también una reflexión respecto de los procesos de trabajo institucional y proporcionó un espacio de intercambio de saberes de los profesionales, creando un espacio real de educación permanente<sup>42</sup>.

Un posible límite es la construcción del material pautado solamente en la experiencia de profesionales, lo que podría resultar en una guía con vicios de actuación. Sin embargo, este límite se redujo con la realización de la segunda etapa, en la cual se construyó la versión inicial de la guía basándose en la literatura especializada. Además, la elección de profesionales experimentados en el tratamiento de personas con cáncer con diferentes perfiles y lugares de actuación profesional también redujo ese límite. Como punto fuerte, se cita el hecho de que el estudio haya sido desarrollado en una institución de tratamiento oncológico de referencia nacional, y que la guía puede ser usada por profesionales que laboren en la asistencia fisioterapéutica a pacientes con cáncer en diferentes escenarios y niveles de complejidad, como en hospitales generales, en ambientes ambulatorios, o de asistencia en el hogar.

## CONCLUSIÓN

El conocimiento de las características del dolor, funcionalidad y de los tratamientos fisioterapéuticos utilizados permitió una mejor comprensión de la población de pacientes con cáncer y dolor. La asociación de estos datos al contenido de la literatura disponible y a la experiencia de los profesionales que contribuyeron en el GF permitió la construcción de la guía, en un proceso que fue permeado por la estrategia participativa y facilitó la construcción de un material compuesto por diversos recursos para la evaluación y el manejo fisioterapéutico del dolor en el cáncer. Fue desarrollado para ser objetivo y de fácil comprensión para fisioterapeutas y, así, contribuir para el planeamiento de la asistencia adecuada para el control del síntoma.

## AGRADECIMIENTOS

A los colaboradores que participaron del 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 por las valiosas contribuciones.

## APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente en todas las etapas del manuscrito y aprobaron la versión final a publicarse.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La autora Anke Bergmann declara potencial conflicto de intereses por su condición de editora científica de la Revista Brasileira de Cancerologia del INCA. Los demás autores no tienen conflicto de intereses.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

## REFERENCIAS

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 nº 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. Hjerstad 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. *Biotechnology 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/10.26633/2022.112>
  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, Mcmillan 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