

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE FISIOTERAPIA

JEFERSON PINTO MENDES

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS NÍVEIS DE DOR EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS:** percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor
crônica

São Luís

2025

JEFERSON PINTO MENDES

ANÁLISE COMPARATIVA DOS NÍVEIS DE DOR EM PACIENTES

ONCOLÓGICOS: percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Me. Janice Regina Moreira Bastos

Coorientador: Ft. José Vitor Pereira de Aquino

São Luís

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário - UNDB / Biblioteca

Mendes, Jeferson Pinto

Análise comparativa dos níveis de dor em pacientes oncológicos: percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica. / Jeferson Pinto Mendes. __ São Luís, 2025.
93 f.

Orientador: Profa. Ma. Janice Regina Moreira Bastos.

Coorientador: José Vitor Pereira de Aquino.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Curso de Fisioterapia –
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –
UNDB, 2025.

1. Câncer. 2. Oncologia. 3. Dor crônica I. Título.

CDU 616-006.6:615.8

JEFERSON PINTO MENDES

ANÁLISE COMPARATIVA DOS NÍVEIS DE DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICO:

percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 17/06/2025.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Janice Regina Moreira Bastos (Orientadora)

Mestre em Reabilitação

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Dr. Marcos Vinícius Viégas Lima

Doutor em Ciências da Saúde

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Prof. Me. Jacqueline Maria Maranhão Pinto Lima

Mestra em Ciência da Motricidade Humana

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Dedico este trabalho às minhas duas mães, ao meu pai, irmãos e ao meu irmão Cleison, que mesmo ausente fisicamente, permanece em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pelo privilégio de concluir a graduação, por sempre estar presente na minha vida, pelo cuidado, pelo amor incondicional, por toda a força, pelas oportunidades que me foram concedidas ao longo dessa jornada e por me ensinar que tudo acontece no tempo certo.

Agradeço a mim mesmo por não ter desistido do meu sonho, por mais difícil que tenha sido. Mesmo diante das dificuldades da vida, dos pensamentos negativos meus e de outros, por mais que muitas vezes eu achasse que estava sozinho e que não iria conseguir, mantive-me firme. Obrigado, Jeferson, por não ter desistido de você!

Agradeço especialmente ao meu pai, Jucicleide, pelo amor incondicional, apoio e por todo o sacrifício feito para que eu pudesse chegar até aqui. Aos meus irmãos Claivyck, Clayner, Jeiciane e Jeanderson, agradeço pelo amor, carinho e incentivo em cada etapa dessa caminhada.

Às minhas mães, Sandra e Maria Antônia, sou eternamente grato pelo amor imensurável, apoio e sacrifícios realizados. Mesmo com tão pouco, nunca me deixaram faltar nada. Obrigado pelas orações e pela fé inabalável, sempre dizendo que tudo daria certo mesmo quando eu não acreditava e, no final, tudo realmente deu certo! Vocês são os pilares da minha vida. Esta conquista é, sem dúvida, de vocês.

Sou grato a todas as minhas amigas Catarina, Emily, Sheyna e Marilya que estiveram ao meu lado durante esses cinco anos. Vocês foram luz em momentos de escuridão. Tornaram essa caminhada mais leve e feliz. Serei eternamente grato por ter conhecido vocês e por tê-las como minha família.

Agradeço especialmente às minhas melhores amigas e irmãs que a vida me deu, Emily e Glenda. Foi através deste curso que nossa amizade começou, e hoje carrego comigo uma imensa gratidão por todo o apoio, carinho e por estarem sempre ao meu lado.

Minha gratidão também ao meu amigo Vinícius, por todo o apoio, motivação e por estar presente, de alguma forma, nessa reta final da jornada. Sua amizade foi fundamental e fez toda a diferença.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Janice Bastos, pela orientação clara, firme e sensível. Seus conselhos e conhecimentos foram essenciais para o

desenvolvimento deste trabalho. Sou imensamente grato pelo incentivo constante e pela confiança depositada em mim ao longo desses anos.

“O aprendizado é a única coisa que a mente jamais se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

(Leonardo da Vinci).

RESUMO

O câncer representa um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, caracterizando-se por seu crescimento celular desordenado, potencial metastático e alto impacto físico e emocional nos pacientes. Entre os sintomas mais prevalentes está a dor crônica em pacientes oncológicos e exige uma abordagem terapêutica multidimensional. Apesar dos avanços nos tratamentos médicos, ainda há lacunas quanto ao manejo da dor por meios não farmacológicos, como a fisioterapia. Este estudo teve como objetivo analisar os níveis de dor em pacientes com câncer e compreender a percepção desses indivíduos sobre o tratamento fisioterapêutico como ferramenta de manejo da dor crônica. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quali-quantitativa, descritiva e comparativa, realizada com 34 pacientes oncológicos no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho. Sete pacientes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, totalizando 27 participantes distribuídos entre grupo intervenção (com fisioterapia) e grupo controle (sem fisioterapia). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada e Questionário de Dor de McGill, permitindo uma análise multidimensional da dor (sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea). Os resultados indicaram que, embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor entre os grupos ($p > 0,05$), os pacientes submetidos à fisioterapia apresentaram maior percepção emocional da dor, provavelmente em decorrência do vínculo terapêutico, escuta clínica e maior consciência corporal promovida pela intervenção. A maioria (66,7%) dos pacientes do grupo intervenção relatou melhora da dor, sugerindo que a experiência subjetiva deve ser considerada na avaliação da eficácia terapêutica. A baixa adesão à fisioterapia no grupo controle revelou barreiras estruturais e informacionais no ambiente hospitalar, reforçando a importância de políticas públicas que favoreçam a integração efetiva da fisioterapia no cuidado oncológico. Conclui-se que a fisioterapia tem papel relevante no manejo da dor crônica, não apenas por seus efeitos físicos, mas também pelo acolhimento e suporte emocional dos pacientes.

Palavras-chave: câncer; percepção; oncologia; dor crônica

ABSTRACT

Cancer is one of the greatest challenges in contemporary public health, characterized by uncontrolled cell growth, metastatic potential, and significant physical and emotional impacts on patients. Among its most prevalent symptoms is chronic pain, which severely compromises quality of life and requires a multidimensional therapeutic approach. Despite advances in medical treatments, there are still gaps in the non-pharmacological management of pain, such as the use of physiotherapy. This study aimed to analyze pain levels in cancer patients and understand their perceptions of physiotherapeutic treatment as a tool for managing chronic pain. It is a field research with a qualitative-quantitative, descriptive, and comparative design, conducted with 34 cancer patients at the Oncology Hospital of Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho. Seven patients were excluded for not meeting the inclusion criteria, resulting in a final sample of 27 participants, divided into an intervention group (with physiotherapy) and a control group (without physiotherapy). Data collection was carried out using a sociodemographic questionnaire, a semi-structured interview, and the McGill Pain Questionnaire, allowing for a multidimensional assessment of pain (sensory, affective, evaluative, and miscellaneous domains). The results indicated that, although no statistically significant differences in pain levels were found between the groups ($p > 0.05$), patients undergoing physiotherapy showed greater emotional awareness of pain, possibly due to therapeutic rapport, clinical listening, and increased body awareness promoted by the intervention. Most patients in the intervention group (66.7%) reported pain improvement, suggesting that subjective experience should be considered when evaluating therapeutic effectiveness. The low access to physiotherapy observed in the control group revealed structural and informational barriers in the hospital setting, reinforcing the need for public policies that ensure the effective integration of physiotherapy in cancer care. It is concluded that physiotherapy plays a significant role in managing chronic pain, not only through physical effects but also by offering emotional support and humanized in cancer patients.

Key words: cancer; perception; medical oncology; chronic pain

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Desenvolvimento de uma célula normal para uma célula cancerosa.....	16
Tabela 1	-	Dados sociodemograficos da amostra.....	34
Tabela 2	-	Estatística descritivas dos indice de dor total por grupos	35
Tabela 3	-	Descrição dos domínios avaliados no questionário de McGill	36
Tabela 4	-	Estatística descritiva dos dominios sensorial e afetivo.	37
Gráfico 1	-	Comparação das pontuações nos dominios sensoriaa e afetivo.....	38
Gráfico 2	-	Correlação entre o tempo de fisioterapia e indice de dor	40
Tabela 5	-	Percepção do paciente qaunto a melhora da dor com a fisioterapia.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP	Adenosina Trifosfato
AJCC	Comitê conjunto americano sobre o Câncer
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BRCA	<i>Breast Cancer Genes 1 e 2</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COCEPE	Conselho Coordenador do Ensino da Pesquisa e da Extensão
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DP	Desvio Padrão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
M	Metástase
MA	Maranhão
MPQ	<i>McGill Pain Questionnaire</i>
N	Linfonodo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRI	<i>Pain Rating Index</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
T	Tumor
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
TEPT	Transtorno de Estresse Pós Traumático
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	União Internacional de Controle do Câncer
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Epidemiologia do câncer	18
2.2	Câncer	18
2.2.1	Tumores benignos e malignos	20
2.2.2	Estadiamento do câncer	21
2.2.3	Fatores de risco do câncer	23
2.3	Dor crônica no paciente oncológico	24
2.3.1	Tipos de dores associados ao câncer	25
2.3.2	Dor oncológica	27
2.4	Fisioterapia no manejo da dor oncológica crônica	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	Geral	32
3.2	Específicos	32
4	METODOLOGIA	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	53
	APÊNDICE A – Folder informativo	54
	APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico	55
	APÊNDICE C – Questionário semiestruturado	58
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	60
	APÊNDICE E – Artigo científico	65
	ANEXOS	88
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	89
	ANEXO B – Termo de autorização de execução de pesquisa	90
	ANEXO C – Termo de autorização de execução de pesquisa	91
	ANEXO D – Carta de anuência	92
	ANEXO E – Questionário de dor McGill	93

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células geneticamente alteradas, que invadem tecidos e órgãos, formando tumores benignos ou malignos, com possibilidade de evolução para metástases (Oppermann, 2024). Trata-se de um problema de saúde pública global, sendo uma das quatro principais causas de morte antes dos 70 anos, com cerca de seis milhões de óbitos anuais. No Brasil, ocupa a segunda posição entre as principais causas de morte, com uma média estimada de 625 mil novos casos entre 2020 e 2022 (Santos, 2023).

Essa patologia é amplamente temida pela população, devido à sua complexidade e à baixa expectativa de vida a ela associada. Apesar dos avanços terapêuticos — como a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e intervenções cirúrgicas —, o diagnóstico ainda é devastador, provocando sofrimento, desestruturação da rotina e pensamentos relacionados à morte (Alves et al., 2021).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2023), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, frequentemente presente na trajetória do paciente oncológico. Varanda (2013) destaca que o controle da dor oncológica é um dos maiores desafios do tratamento, devido à sua variabilidade e intensidade, caracterizando-se, frequentemente, como dor de intensidade moderada. Essa condição afeta cerca de 30% dos pacientes em tratamento e entre 60% e 90% daqueles que estão em estágio avançado da doença.

A identificação da dor é essencial para a definição de estratégias terapêuticas. Gonçalves et al. (2021) classificam-na quanto ao tempo (aguda ou crônica), à localização (irradiação ou referida), ao tipo (nociceptiva, neuropática, nociplástica ou psicogênica) e à intensidade (leve, moderada ou intensa).

O manejo da dor oncológica crônica representa um desafio constante para os profissionais de saúde. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) indicam que cerca de 55% dos pacientes com câncer em estágio avançado e 3% daqueles em tratamento vivenciam dor crônica (Wieemann et al., 2024).

Nesse contexto, Rangel (2020) afirma que o tratamento fisioterapêutico é fundamental para o controle da dor crônica. A fisioterapia oncológica busca não apenas melhorar a funcionalidade, mas também aliviar os sintomas álgicos e promover bem-estar. Menezes e Miranda (2022) ressaltam que terapias manuais,

exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento contribuem significativamente para a redução da dor.

Silva (2024) acrescenta que a fisioterapia, quando integrada ao tratamento oncológico, pode reduzir a necessidade de analgésicos, minimizando os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, além de proporcionar maior autonomia ao paciente. Muitos relatam melhora na dor e na capacidade funcional, o que evidencia a importância da fisioterapia nesse contexto.

Diante do impacto significativo do câncer na saúde e na funcionalidade, torna-se essencial compreender a percepção dos pacientes sobre o tratamento fisioterapêutico como estratégia eficaz no manejo da dor crônica.

A dor é um dos sintomas mais prevalentes entre pacientes oncológicos. Além das limitações físicas, a dor crônica está associada a fatores emocionais, cognitivos e sociais, o que torna seu manejo ainda mais complexo. Embora o tratamento medicamentoso seja amplamente utilizado, nem sempre é suficiente. Nesse sentido, a fisioterapia tem sido reconhecida como uma abordagem complementar eficaz, contribuindo para a redução da dor e a melhoria da funcionalidade. No entanto, ainda são escassos os estudos que abordam a percepção dos pacientes em relação à eficácia dessa prática. Assim, este estudo propõe responder à seguinte questão: quais são os níveis de dor em pacientes com câncer e qual a percepção desses pacientes sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica?

Apesar da existência de diversos recursos terapêuticos, muitos pacientes ainda desconhecem o papel da fisioterapia no alívio da dor. Ademais, existe uma lacuna na literatura quanto à visão dos próprios pacientes sobre os benefícios dessa intervenção.

O interesse por essa temática surgiu a partir da participação na Liga Acadêmica de Fisioterapia Hospitalar e dos conhecimentos adquiridos na disciplina de Fisioterapia Oncológica e Cuidados Paliativos. Essas vivências despertaram a atenção para o impacto da fisioterapia na reabilitação oncológica e na humanização dos cuidados. Dessa forma, este estudo busca compreender a percepção dos pacientes sobre a fisioterapia, contribuindo para fomentar debates que auxiliem na ampliação do acesso a esses serviços e no aprimoramento das práticas clínicas.

O presente estudo tem como objetivo analisar os níveis de dor em pacientes com câncer e a percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica.

Especificamente, propõe-se: categorizar o perfil sociodemográfico da amostra, a fim de garantir a uniformidade dos dados relacionados aos pacientes; identificar se o paciente possui acesso ao profissional de fisioterapia dentro do hospital, com foco na redução da dor oncológica e correlacionar os níveis de dor em pacientes oncológicos submetidos ou não ao tratamento fisioterapêutico, utilizando o Questionário de Dor de McGill como instrumento de avaliação.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem quali-quantitativa, realizada no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, em São Luís – MA. Participaram pacientes oncológicos com idade mínima de 18 anos, em tratamento fisioterapêutico e com capacidade cognitiva preservada. Foram excluídos aqueles em estado clínico crítico ou com sintomas há menos de três meses.

A coleta de dados incluirá um questionário sociodemográfico, uma entrevista semiestruturada e o Questionário de Dor de McGill, com o objetivo de avaliar o perfil dos participantes, suas percepções sobre a fisioterapia e a intensidade da dor. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva (quantitativa) e análise de conteúdo (qualitativa), a fim de destacar a relevância da fisioterapia no manejo da dor crônica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemiologia do câncer

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) destaca que o câncer é uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, com incidência crescente e impacto significativo nas taxas de mortalidade. Segundo Dalliof (2020), trata-se da segunda principal causa de morte antes dos 70 anos em nível global e, em alguns países desenvolvidos, já ocupa a primeira posição. Essa crescente prevalência, aliada ao envelhecimento populacional, tem contribuído para o aumento substancial da carga global da doença.

De acordo com Sung et al. (2021), a incidência de câncer continua a crescer rapidamente, especialmente em países de baixa e média renda, onde os recursos destinados ao enfrentamento da doença são limitados. Em 2022, foram registrados mais de 20 milhões de novos casos de câncer e aproximadamente 9,7 milhões de mortes. A carência de acesso a cuidados de saúde de qualidade resulta em diagnósticos tardios e tratamentos inadequados, o que intensifica as taxas de mortalidade, sobretudo em regiões vulneráveis.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) projeta que, entre 2023 e 2025, serão diagnosticados cerca de 704 mil novos casos por ano. O câncer de pele não melanoma é o mais prevalente, representando 31,3% dos casos, seguido pelo câncer de mama, entre as mulheres, e de próstata, entre os homens. Outros tipos com alta incidência incluem os cânceres de cólon e reto, pulmão e estômago. Entretanto, os principais responsáveis por óbitos no país são os cânceres de pulmão, estômago e fígado, sendo o de pulmão o mais letal, com cerca de 1,8 milhão de mortes anuais (INCA, 2021).

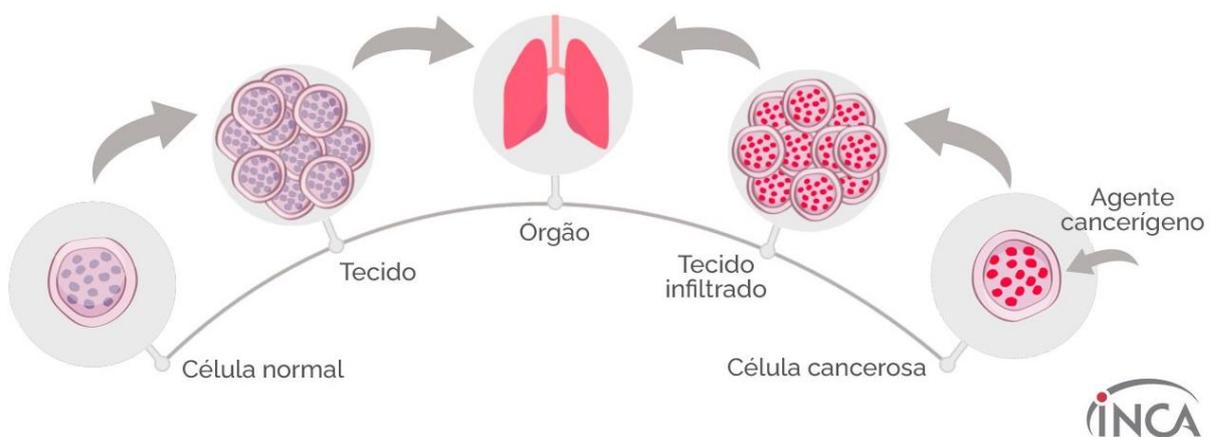
Santos et al. (2023) apontam que mais de 53,5 milhões de pessoas vivem por mais de cinco anos após o diagnóstico de câncer. Estima-se ainda que uma em cada cinco pessoas será diagnosticada com a doença ao longo da vida. Esses dados evidenciam a necessidade de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e acesso a tratamentos adequados.

2.2 Câncer

De acordo com Oppermann (2024), o termo "câncer" refere-se a um grupo de doenças originadas por células anormais, caracterizadas pelo crescimento desordenado e pela capacidade de invadir tecidos e órgãos do corpo humano. Essas células tendem a se multiplicar rapidamente e, por serem altamente agressivas, formam uma massa denominada tumor, geralmente resultante de mutações genéticas.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), as mutações genéticas constituem o primeiro passo para o desenvolvimento de uma neoplasia, pois alteram o material genético da célula, dificultando o reconhecimento de alterações em suas funções e promovendo a transmissão de sinais incorretos. Essas mutações podem ocorrer devido ao mau funcionamento dos proto-oncogenes — genes essenciais para o crescimento e divisão celular normais. Embora estejam presentes em células saudáveis, quando alterados, esses genes podem se transformar em oncogenes por diversos fatores, interferindo diretamente no ciclo celular. Esse processo ativa mecanismos que convertem células normais em células cancerígenas, como ilustrado na Figura 1 a seguir.

Figura 1: Desenvolvimento de uma célula normal para uma cancerígena



Fonte: INCA, (2020).

Moreira (2014) explica que o ciclo celular é um processo contínuo de crescimento e divisão celular, no qual novas células são geradas enquanto as antigas sofrem apoptose, promovendo a renovação dos tecidos. Quando os proto-oncogenes são ativados, ocorre uma desregulação desse ciclo, levando à multiplicação descontrolada das células. Esse crescimento excessivo resulta no acúmulo anormal

de células no tecido. Outro fator importante é a mutação genética no DNA, causada por agentes extrínsecos, como radiação, substâncias químicas e vírus, que desempenham um papel crucial na formação de agentes cancerígenos.

Caetano, Santos e Orsolin (2022) destacam que, além dos fatores genéticos, aspectos ambientais e do estilo de vida também são determinantes no desenvolvimento de neoplasias, como o tabagismo, a exposição excessiva ao sol, a obesidade e o consumo elevado de bebidas alcoólicas. Contudo, muitos desses fatores podem ser modificados por meio da adoção de hábitos saudáveis, o que pode reduzir consideravelmente o risco de desenvolvimento de câncer.

Portanto, esses fatores contribuem para o crescimento e a proliferação de células cancerígenas. Esse processo requer nutrição e um suprimento adicional de oxigênio para sustentar as células tumorais, o que origina a angiogênese — formação de novos vasos sanguíneos cuja função é fornecer nutrientes e oxigênio aos tumores.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), a proliferação anormal de células forma uma massa tumoral em um local específico do corpo, alterando sua anatomia. O local de origem do tumor é chamado de sítio primário e, conforme avança, pode apresentar diferentes padrões de crescimento: crescimento local, no qual o tumor ocupa uma área maior dentro do sítio primário; crescimento regional, que invade tecidos, órgãos e linfonodos próximos; ou disseminação à distância, por meio dos vasos linfáticos ou sanguíneos, em um processo conhecido como metástase.

2.2.1 Tumores benignos e malignos

Segundo Dorantes (2021), os tumores são massas formadas pela proliferação descontrolada das células, podendo ser classificados em benignos ou malignos. Para Sobramid et al. (2019), essa classificação é essencial para determinar o estágio da doença, sendo um fator crucial no prognóstico, diagnóstico e escolha do tratamento adequado.

Os tumores benignos, ou neoplasias benignas, têm localização bem delimitada e crescimento organizado. Seu desenvolvimento é lento e expansivo, com limites definidos, impedindo a invasão de tecidos vizinhos. Contudo, podem comprimir órgãos e estruturas adjacentes, causando desconforto ou disfunções. Exemplos

incluem o lipoma, que se origina no tecido adiposo; o mioma, no tecido muscular liso; e o adenoma, um tumor benigno das glândulas (Kumar, 2010).

As células dos tumores benignos são bem diferenciadas, mantendo semelhança com as células normais do tecido de origem. Embora raramente representem risco de vida, podem provocar complicações por compressão de órgãos ou tecidos próximos. O tratamento geralmente é eficaz, realizado por meio de cirurgia, sem grandes complicações. No entanto, alguns tumores benignos podem se espalhar pelo organismo mantendo sua histologia e, em casos raros, transformar-se em malignos (Rangel, 2020).

Por outro lado, os tumores malignos, ou cânceres, apresentam proliferação rápida e agressiva, com capacidade de invadir tecidos vizinhos e se disseminar para outras partes do corpo — processo conhecido como metástase. A metástase ocorre quando as células cancerígenas entram nos vasos sanguíneos ou linfáticos, facilitando sua propagação para órgãos distantes. As células malignas são frequentemente indiferenciadas ou anaplásicas, perdendo a semelhança com as células normais de origem. Além disso, mesmo após o tratamento, esses tumores podem recidivar, tornando o controle da doença mais complexo e exigindo tratamentos adicionais (Kumar, 2010).

2.2.2 Estadiamento

De acordo com Silva et al. (2022), assim que o tumor se estabelece e começa a crescer, o local de origem é denominado sítio primário, onde as primeiras células cancerígenas se desenvolvem. As neoplasias são classificadas conforme o local de origem, mesmo que o tumor tenha se espalhado para outras partes do corpo, como pulmão, fígado ou mama, mantendo, entretanto, uma relação com o sítio primário.

Durante essa progressão, podem ser observados diferentes padrões de crescimento. O crescimento local ocorre quando o tumor ocupa um espaço maior dentro do sítio primário. A proliferação regional caracteriza-se pela capacidade do tumor de se espalhar para outros tecidos, órgãos e linfonodos, ou até mesmo pela disseminação à distância, por meio dos vasos linfáticos e sanguíneos. Assim, o estadiamento determina a extensão da doença, ou seja, o grau de disseminação da neoplasia pelo organismo (Andrade; Mourad; Judice, 2010).

A doença pode ser classificada de acordo com sua localização: doença localizada, quando está restrita ao sítio primário; doença localizada avançada, quando há crescimento para fora do sítio primário e disseminação para tecidos e órgãos próximos; e doença metastática, quando há comprometimento de órgãos e/ou linfonodos distantes do local de origem. Conhecer o estadiamento é fundamental para planejar o tratamento e fornecer uma previsão do prognóstico ao paciente (Silva et al., 2022).

Segundo Silva et al. (2024), para a avaliação do estadiamento, considerando sua localização e extensão, pode ser utilizado o sistema de classificação desenvolvido pela União Internacional de Controle do Câncer (UICC) e pelo Comitê Conjunto Americano sobre o Câncer (AJCC). De acordo com Neri (2021), cada tumor possui uma classificação específica, o que facilita a coleta de informações para o tratamento e proporciona um prognóstico mais preciso. Independentemente do tipo de câncer, esse sistema baseia-se em três fatores principais.

Segundo Sobramid et al. (2019), as informações obtidas por meio dos sistemas de estadiamento ajudam a identificar o estágio do câncer. Com base nos fatores T, N e M, a neoplasia pode ser classificada de 0 a 4, sendo 0 o estágio mais precoce, denominado in situ (carcinoma in situ, que ainda não invadiu tecidos e órgãos); estágio 1, quando o tumor é pequeno e está localizado no sítio primário; estágios 2 e 3, quando o câncer pode ser maior ou ter se espalhado para linfonodos ou tecidos próximos; e estágio 4, quando há metástase em órgãos distantes do sítio primário (Andrade; Mourad; Judice, 2010).

A classificação de estadiamento é feita pelo sistema TNM:

a) Tumor (T): Refere-se ao tamanho, à invasão e à localização do tumor no sítio primário. Quanto maior o tumor, maior será sua classificação, variando de T1 a T4, dependendo da sua extensão. Também existem as categorias T0, que indica estágio precoce, e TX, quando não há evidência do tumor primário.

b) Linfonodos (N): Refere-se ao comprometimento da rede linfonodal. Pode ser numerado de N0 a N3, indicando a gravidade da proliferação das células cancerígenas, ou NX, quando os linfonodos não podem ser avaliados devido à falta de informações (Garcias et al., 2021).

c) Metástase (M): Refere-se à presença de células cancerígenas em órgãos distantes do local de origem, caracterizando o câncer metastático, que indica um estado mais avançado da doença. A numeração vai de M0 a M1, sendo MX quando

não pode ser determinado devido à falta de evidências (Andrade; Mourad; Judice, 2010).

2.2.3 Fatores de risco do câncer

A dor crônica é um dos principais desafios enfrentados por pacientes e profissionais de saúde, pois está relacionada a diversos fatores de risco, que podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis. A interação entre esses fatores influencia diretamente a integridade, a duração e a percepção da dor, tornando seu manejo um processo complexo e multidimensional (Araújo et al., 2023).

Segundo Coelho et al. (2008), entre os fatores não modificáveis destaca-se a predisposição genética, que pode aumentar significativamente o risco de desenvolvimento de determinados tipos de câncer. Com por exemplo, a mutação hereditária em genes como BRCA1 e BRCA2 está associada a tumores mamários e ovarianos, podendo causar sintomas dolorosos persistentes devido à progressão da doença ou aos efeitos colaterais do tratamento. A idade avançada também desempenha um papel crucial, uma vez que o envelhecimento está relacionado ao aumento da incidência de neoplasias e à redução da capacidade regenerativa do organismo, o que potencializa a dor crônica (INCA, 2020).

Por outro lado, os fatores modificáveis têm grande impacto na prevenção e no controle da dor oncológica. O tabagismo é um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de neoplasias pulmonares, laríngeas e vesicais, promovendo um estado inflamatório crônico que intensifica os sinais dolorosos. Da mesma forma, o consumo de álcool está associado a tumores hepáticos, esofágicos e mamários, podendo comprometer a resposta analgésica do organismo. A obesidade também é um fator relevante, pois favorece o estado inflamatório sistêmico e está diretamente relacionada a neoplasias de endométrio, cólon e reto, aumentando o risco de dor musculoesquelética e neuropática (Queiroz et al., 2022).

Além disso, a exposição ocupacional e ambiental a agentes carcinogênicos desempenha um papel significativo no desenvolvimento da dor crônica. Substâncias como amianto e benzeno, frequentemente encontradas em indústrias químicas e de construção, estão associadas a neoplasias agressivas, como o mesotelioma, caracterizado por dores intensas e de difícil manejo. A radiação ultravioleta, principal

fator de risco para o melanoma, pode causar alterações cutâneas dolorosas dos pacientes (Caetano; Santos; Orsolin, 2022).

Diante desse cenário, é evidente a necessidade de estratégias preventivas e terapêuticas para reduzir os impactos da dor crônica oncológica. A adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada e a prática regular de atividade física, pode diminuir significativamente os riscos de desenvolvimento de neoplasias e, conseqüentemente, a ocorrência de dor associada. Além disso, a fisioterapia desempenha um papel fundamental no alívio dos sintomas álgicos, promovendo o bem-estar dos pacientes (Bonfim, 2023).

2.3 Dor crônica no paciente oncológico

A dor é um sintoma desagradável que acompanha diversas patologias, podendo causar desconfortos intensos. Sua principal função, no entanto, é atuar como um mecanismo de alerta, sinalizando ameaças à integridade física ou problemas funcionais no organismo. Embora possa ser multifatorial e nem sempre tenha uma causa específica, a dor é fundamental para a detecção e avaliação de outras doenças. Entre os diferentes tipos de dor, a dor crônica é a que mais afeta a população, tornando-se um desafio constante no contexto clínico (Varandas, 2023).

A dor é a forma como o Sistema Nervoso Central (SNC) sinaliza um processo de agressão ao organismo. Essa sinalização desencadeia uma série de reações físicas, psicológicas, autonômicas e motoras, com o objetivo de proteger o organismo de possíveis ameaças. O processo induz uma resposta reflexa e comportamental, alinhada com o instinto de controlar a ameaça (Vitor; Aline et al., 2008).

Segundo Marques (2011), a dor é uma sensação induzida por estímulos químicos e físicos de origem exógena ou endógena, que podem causar disfunções psicológicas. Sua intensidade pode gerar diferentes graus de agressividade ou evocar emoções desagradáveis. Assim, a dor é reconhecida atualmente como uma experiência sensorial e emocional complexa, indo além de um simples alerta de proteção.

A dor pode ser classificada como aguda ou crônica, e essa distinção é essencial para o diagnóstico adequado. A dor aguda é uma dor fisiológica de curta duração, com início súbito, que normalmente surge em resposta a uma lesão ou

inflamação. Por essa razão, é considerada um sinal de alerta para o organismo e tem causas bem específicas, como cirurgias e infecções (Sobramid et al., 2019).

De acordo com Rocha et al. (2007), as dores agudas podem cessar quando a causa do problema é resolvida ou desaparecer por conta própria. Sua intensidade pode variar e, frequentemente, vem acompanhada de outros sintomas, como aumento da frequência cardíaca, sudorese e tensão muscular. Já a dor crônica é uma condição de maior gravidade e frequência, persistindo por meses ou até anos, mesmo após a resolução da lesão ou doença. Muitas vezes, a dor crônica não é bem localizada, sendo descrita como difusa, dolorosa e contínua, ou recorrente.

A dor crônica é caracterizada por uma duração superior a três meses e pode resultar de doenças subjacentes, lesões mal cicatrizadas ou disfunções no sistema nervoso. Diferente da dor aguda, que tem uma função protetora e sinaliza danos iminentes, a dor crônica perde essa finalidade e se torna uma patologia por si só. Dessa forma, as dores crônicas podem ser classificadas como nociceptivas, neuropáticas ou mistas, dependendo de sua origem e dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos.

2.3.1 Tipos de dores associados ao câncer

Segundo Alves et al. (2021), a maioria das dores crônicas no câncer é provocada pelo próprio tumor ou pelos efeitos do tratamento. Essas dores podem variar quanto ao tipo, intensidade e frequência, sendo classificadas em nociceptiva, neuropática, mista e psicogênica. A dor nociceptiva resulta da ativação contínua dos nociceptores por estímulos térmicos, químicos ou mecânicos. Nesse tipo de dor, ocorre a ativação das vias aferentes primárias, que conduzem informações nociceptivas ao sistema nervoso central.

Para Sobramid et al. (2019), os neurônios das fibras aferentes primárias convertem os estímulos nocivos ou potencialmente nocivos em impulsos elétricos, que são transmitidos pelos receptores e terminais nervosos das fibras A-delta e C. Esses impulsos viajam através dos nervos espinhais e cranianos até o núcleo da medula espinhal, onde ocorre a transmissão sináptica dessas informações para os neurônios localizados em lâminas específicas nos cornos da medula espinhal, onde a dor é processada.

A estimulação dos nociceptores pode ocorrer devido a diversos tipos de estímulos: mudanças de temperatura (estímulos térmicos nocivos), distensão ou alteração tecidual (estímulos mecânicos nocivos), ou hipóxia e lesão tecidual seguida de inflamação (estímulos químicos nocivos). Esses estímulos promovem a liberação de mediadores químicos, como bradicinina, prótons, histamina, serotonina, metabólitos do ácido araquidônico, ATP, adenosina, citocinas, aminoácidos excitatórios, óxido nítrico, substância P, neurofinas, bombesina, opioides, somatostatina e acetilcolina. Esses mediadores interagem com nociceptores específicos, alterando a permeabilidade das membranas das fibras nervosas e gerando o potencial de ação que prolonga o sinal nociceptivo até o sistema nervoso central (Vasconcelos et al., 2008).

Portanto, Carlos e Teixeira (2023) afirmam que a dor nociceptiva é uma resposta fisiológica à estimulação dos nociceptores, que são receptores sensoriais especializados em detectar estímulos potencialmente prejudiciais, como lesões teciduais, inflamações ou traumas físicos. Esse tipo de dor é classificado como somática, podendo se originar em estruturas como pele, músculos, ossos e articulações. Na maioria das vezes, ela é bem localizada e pode ser descrita como latejante ou dolorida. Já a dor visceral, originária de órgãos internos, é mais difusa e frequentemente sentida como uma sensação profunda ou de pressão.

A dor neuropática é caracterizada por lesões ou doenças que afetam o sistema nervoso somático sensitivo. No contexto oncológico, a dor neuropática pode estar associada à compressão dos nervos ou lesão nervosa por desafferentação, que ocorre quando há interrupção das atividades neurais aferentes centrais ou periféricas (Araújo et al., 2023).

A dor neuropática surge devido a lesões no sistema nervoso central ou periférico, o que provoca sinais anormais de dor, mesmo na ausência de um estímulo. Diferente da dor nociceptiva, que pode ser causada por danos teciduais, a dor neuropática decorre da alteração na condução e processamento dos sinais nervosos. Ela pode estar associada a condições como neuralgia do trigêmeo, tumores, condições metabólicas como hipertireoidismo, infecções como HIV e HTLV, isquemias como diabetes, intoxicações como álcool e tabaco, e lesões traumáticas como lesão medular. Além disso, sensações de queimação, formigamento e choque são comuns, e a dor neuropática pode ser acompanhada de alodinia — dor causada por estímulos

que normalmente não seriam dolorosos — e hiperalgesia, uma resposta exagerada ao estímulo doloroso (Gonçalves et al., 2021).

Dependendo da sua localização no sistema nervoso, a dor neuropática pode ser classificada como periférica ou central. A dor neuropática periférica ocorre quando há danos nos nervos periféricos e é comum em condições como neuropatia diabética, síndrome do túnel do carpo e neuralgia pós-herpética. Já a dor neuropática central resulta de lesões no cérebro ou na medula espinhal, como sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), esclerose múltipla e lesões medulares. Em muitos casos, a dor pode persistir mesmo após a cura, tornando-se uma condição crônica (Tavares, 2021).

A dor mista é uma combinação dos dois tipos de dor — nociceptiva e neuropática — envolvendo tanto a ativação dos nociceptores provocada por lesões teciduais quanto alterações no sistema nervoso, que podem resultar em sinais anormais de dor. Esse tipo de dor é mais comum em pacientes oncológicos, especialmente em casos de câncer em estado avançado, onde danos estruturais são acompanhados de disfunções neurológicas (Sobramid et al., 2019).

Por fim, Alves et al. (2021) destacam que a dor psicogênica é a exclusão das causas orgânicas da dor, sendo originada por fatores emocionais e psicológicos, sem uma causa específica ou desproporcional à lesão. Embora não esteja diretamente relacionada aos tecidos ou ao sistema nervoso, essa dor é real e pode ser incapacitante, afetando seriamente a vida dos pacientes. Outros distúrbios podem estar associados a esse tipo de dor, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Muitos pacientes podem somatizar a dor psicogênica, que pode se manifestar em diversas partes do corpo, como dores de cabeça, musculares, abdominais e generalizadas.

2.3.2 Dor oncológica

Segundo Soares (2022), a dor é um sintoma recorrente em pacientes oncológicos, estando presente em cerca de 55% dos casos em tratamento oncológico e 65% nos casos de estadiamento avançado. Essa dor é descrita como "dor total", termo sugerido em 1964 por Cicely Saunders, ao se referir ao fato de que a dor do câncer envolve aspectos emocionais, físicos, sociais e espirituais (Tavares, 2021). O mecanismo da dor em pacientes oncológicos é multifatorial, pois abrange não apenas

a lesão tecidual, mas também pode ser causada pela proliferação tumoral, além de estar relacionada com respostas afetivas e cognitivas à doença.

Portanto, é fundamental compreender o conceito de "dor total" em pacientes com dor oncológica, pois ela não está relacionada apenas a uma causa orgânica no aspecto físico, mas também aos aspectos emocionais, sociais e espirituais. Além disso, o próprio tratamento clínico pode ser um fator contribuinte para o surgimento da dor. Dessa forma, o diagnóstico desses tipos de dor é feito por meio de uma anamnese detalhada e exames físicos bem conduzidos (INCA, 2020).

2.4 Fisioterapia no manejo da dor oncológica crônica

De acordo com Aguiar e colegas (2023), a dor crônica associada ao câncer é um dos maiores desafios enfrentados pelos pacientes. Para Maia (2020), o manejo dessa dor exige uma abordagem multidisciplinar, combinando intervenções farmacológicas e terapias complementares. Portanto, a fisioterapia se destaca não apenas no alívio imediato da dor, mas também como uma ferramenta importante para a prevenção de complicações a longo prazo, como a perda de mobilidade e a rigidez articular. Sua atuação é essencial nos cuidados aos pacientes com dor oncológica, contribuindo significativamente para a manutenção da função física e melhoria do bem-estar (Sousa e Schneider, 2019).

Ao longo dos últimos anos, a fisioterapia tem evoluído consideravelmente, especialmente no tratamento de pacientes com câncer. Antigamente, a abordagem fisioterapêutica se limitava ao alívio da dor pós-cirúrgica ou em tratamentos de dor aguda. Contudo, com o crescimento dos estudos sobre a natureza da dor crônica no câncer, as práticas fisioterapêuticas foram ampliadas, incorporando técnicas como mobilização articular, fortalecimento muscular e exercícios respiratórios. Essas técnicas demonstraram ser eficazes, principalmente em pacientes oncológicos (Maciel, 2019).

Nascimento e colaboradores (2017) comentam que a dor oncológica, quando não tratada, pode resultar em complicações secundárias graves na vida desses indivíduos, como perda de mobilidade, rigidez articular, perda de massa muscular e, conseqüentemente, fraqueza muscular. Por isso, a fisioterapia desempenha um papel fundamental na prevenção dessas complicações, aplicando condutas que visam minimizar os efeitos da dor e melhorar a funcionalidade. Sampaio

et al. (2005) e Machado et al. (2021) afirmam que exercícios de fortalecimento e alongamentos, por exemplo, têm mostrado redução da atrofia muscular e melhoria da mobilidade articular, prevenindo a rigidez e o imobilismo.

Segundo Nascimento et al. (2020), a dor é um dos sintomas mais frequentes relatados por pacientes oncológicos e um dos principais fatores que contribuem para o declínio do quadro. Contudo, antes de propor qualquer tipo de tratamento, é fundamental a realização de uma avaliação minuciosa, contendo a história da dor, cronologia da dor, sua intensidade, localização, duração, flutuações diárias, qualidade, padrões de irradiação e fatores que agravam ou aliviam o desconforto. Além disso, deve-se considerar todas as informações dos prontuários da equipe multidisciplinar, o que permitirá uma conduta mais assertiva e facilitará o monitoramento da eficácia do tratamento e futuras decisões (Viesser; Lima; Zancan, 2024).

Dessa forma, Borchardt et al. (2020) afirmam que existem várias escalas utilizadas para mensurar e avaliar a intensidade da dor, algumas mais específicas do que outras, mas todas com o mesmo objetivo. Uma das escalas de dor amplamente utilizada para uma análise completa da experiência dolorosa do paciente consiste no questionário de McGill, também conhecido como McGill Pain Questionnaire – MPQ é mundialmente utilizado para mensurar a intensidade e a qualidade da dor. Essa escala foi criada em 1975 por Melzack na Universidade de McGill, no Canadá, com o objetivo de avaliar a qualidade sensorial, afetiva e temporal da dor.

A escala de McGill possibilita uma compreensão mais detalhada dos aspectos sensoriais e emocionais associados à dor crônica, com categorias que abrangem as dimensões físicas, emocionais e cognitivas da dor (Melzack, 1975). De acordo com Mello et al. (2024), essa escala é amplamente utilizada no contexto oncológico como uma ferramenta eficaz para mensurar a dor, pois utiliza descritores que facilitam a expressão subjetiva dos pacientes.

O MPQ é estruturado em categorias que reúnem descritores sensoriais (por exemplo, “pulsante”, “latejante”), afetivos (como “agonizante”, “exaustiva”) e avaliativos (como “desagradável”, “insuportável”). Cada descritor é associado a um valor numérico, permitindo a quantificação da experiência dolorosa por meio do Índice de Avaliação da Dor (*Pain Rating Index* – PRI), o paciente é orientado a selecionar os termos que melhor descrevem sua dor, e cada palavra escolhida recebe uma pontuação que reflete seu peso relativo. O somatório dessas pontuações gera o

escore total do índice de dor, permitindo a quantificação e análise do quadro algíco (Mello et al., 2024).

Essa avaliação multidimensional torna o Questionário de McGill particularmente relevante em contextos clínicos complexos, como o tratamento de pacientes oncológicos, cuja dor frequentemente apresenta componentes mistos – nociceptivos, neuropáticos e emocionais. A utilização do MPQ em pacientes com câncer contribui para uma melhor compreensão da dor vivenciada, subsidiando condutas terapêuticas mais individualizadas, como o encaminhamento para a fisioterapia no contexto do cuidado paliativo e do manejo da dor crônica (Ngamkham et al., 2012)

Para Pereira et al. (2024), a fisioterapia desempenha um papel fundamental na vida dos pacientes com câncer, estando presente em todas as fases da doença, atuando na preservação e recuperação da funcionalidade, além de prevenir complicações causadas pela patologia. De acordo com Alves et al. (2021), as causas das dores oncológicas são multifatoriais e podem ser provocadas pela progressão do tumor ou pelos efeitos colaterais do tratamento, como a quimioterapia e a radioterapia, que afetam gravemente a vida dos pacientes.

O manejo da dor crônica pode incluir diversos recursos fisioterapêuticos, como alongamentos, fortalecimento muscular, exercícios respiratórios, facilitação neuromuscular proprioceptiva, exercícios ativos assistidos, terapias manuais, manobras de drenagem linfática e recursos eletroterapêuticos. Entretanto, é fundamental considerar o estadiamento da doença, pois o uso inadequado de algumas técnicas pode favorecer a proliferação de células cancerígenas (Sobramid et al., 2019).

Carlos e Teixeira (2023) afirmam que a dor pode ser um fator limitante para pacientes oncológicos e, portanto, a cinesiofobia pode agravar essa condição. A fisioterapia pode combater esse problema por meio do movimento, visando eliminar complicações relacionadas à inatividade e ao medo de se movimentar. Conseqüentemente, diversas conseqüências podem surgir, como perda de força muscular, rigidez articular, alteração na coordenação motora e no equilíbrio, além da redução da capacidade cardiorrespiratória.

A cinesioterapia, por meio de exercícios físicos, é extremamente eficaz na recuperação funcional, abrangendo diversos exercícios disponíveis para ajudar no desempenho funcional dos pacientes oncológicos. O protocolo de exercícios visa

desenvolver a força muscular, melhorar o trofismo, restaurar a amplitude de movimento e prevenir a imobilidade. Esses exercícios devem ser ajustados de acordo com o grau da doença e as limitações do paciente (Cherlles et al., 2024).

Rangel (2020) descreve que os recursos fisioterapêuticos têm como objetivo proporcionar independência funcional, aliando o controle do sintoma de dor. Dessa forma, o TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea), que induz analgesia por meio de estimulação elétrica na pele, é eficaz tanto em dores agudas quanto crônicas, utilizando diferentes parâmetros, como TENS convencional, acupuntura, breve intenso e burst.

A termoterapia também é amplamente utilizada no tratamento da dor oncológica, pois envolve a aplicação de calor superficial ou profundo para promover analgesia, relaxamento muscular e vasodilatação. Essa técnica pode ser realizada com compressas quentes, banhos de parafina e ultrassom terapêutico para calor profundo. Contudo, deve-se atentar às contraindicações para aplicação, já que, se realizada no local do tumor (sítio primário), pode favorecer a disseminação das células cancerígenas. A crioterapia, por outro lado, auxilia no alívio das dores musculoesqueléticas e na redução da inflamação, promovendo vasoconstrição e reduzindo os mediadores químicos responsáveis pela dor (Tabatchnik et al., 2021).

As terapias manuais são outro recurso que apresenta bons resultados no manejo da dor oncológica crônica, especialmente por meio de técnicas de mobilização miofascial, que aliviam a dor muscular e melhoram a circulação sanguínea. Além disso, as alterações posturais são comuns em pacientes oncológicos, especialmente em casos de câncer de mama, onde a dor e as sequelas podem levar a padrões posturais inadequados, necessitando de reeducação postural para prevenir novas complicações desses indivíduos (Oliveira; Pereira; Lima, 2023).

Diante disso, a fisioterapia desempenha um papel essencial no tratamento da dor oncológica, promovendo alívio da dor. A evolução das abordagens fisioterapêuticas ao longo dos anos demonstrou que, além do controle da dor, sua prática é bem mais abrangente, atuando desde a prevenção até o diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, a fisioterapia se destaca não apenas pela reabilitação, mas também pelos impactos emocionais e sociais nos pacientes (Rangel, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar os níveis de dor crônica e a percepção sobre os efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes oncológicos atendidos em ambiente hospitalar.

3.2 Específicos

a) Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes oncológicos participantes;

b) Identificar o acesso dos paciente á fisioterapia hospitalar e possíveis barreiras percebidas;

c) Compara os escores de dor crônica entre pacientes que receberam e que não receberam acompanhamento fisioterapêutico, como base no Questionário de McGill;

d) Analisar quantitativamente a percepção dos pacientes em relação a fisioterapia no manejo da dor;

4 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo de natureza exploratória, descritiva e com abordagem quali-quantitativa e design comparativo entre dois grupos de pacientes oncológicos: aqueles que receberam tratamento fisioterapêutico para dor crônica e aqueles que não receberam. A investigação foi realizada no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, localizado em São Luís, Maranhão e reconhecido como referência no atendimento multidisciplinar em oncologia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo A), sob o parecer de número 7.314.273, cujo objetivo consistiu em analisar os níveis de dor em pacientes com câncer e a percepção do tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica. Para isso, foi adotada uma metodologia que combinou análise qualitativa, a fim de compreender a percepção subjetiva dos participantes, e análise quantitativa, para mensurar aspectos como intensidade da dor e sua redução ao longo do tratamento fisioterapêutico.

Os procedimentos éticos incluíram a obtenção dos Termos de Autorização para Execução de Pesquisa junto ao Conselho Coordenador do Ensino da Pesquisa e da Extensão (COCEPE) (Anexo B), assinados pelo coordenador de pesquisa, bem como o Termo de Autorização de Execução de Pesquisa (Anexo C), assinado pelo Diretor Geral. Com esses documentos devidamente autorizados, foi solicitada a carta de anuência à Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão e à direção do Hospital (Anexo D)

Após a aprovação do CEP, foram adotadas estratégias de divulgação para recrutamento dos participantes, utilizando materiais informativos (folders – Apêndice A) distribuídos na recepção do hospital durante os dias de atendimento. Os folders continham informações detalhadas sobre a pesquisa e orientações sobre como participar.

A população do estudo foi composta por pacientes oncológicos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo a amostra por conveniência dividida em dois grupos:

a) Grupo A (Intervenção): pacientes que estavam em tratamento fisioterapêutico para dor crônica;

b) Grupo B (Controle): pacientes que não estavam recebendo fisioterapia no momento da coleta, mas que preenchiam os demais critérios de inclusão.

Como critérios de exclusão, considerou-se: pacientes em estágios iniciais do câncer (estadiamento I e II), pois não apresentam quadros de dor crônica associada à doença Chelles et al. (2024); em estado crítico caracterizado por complicações agudas ou metástases em órgãos vitais, que impossibilitem a participação no estudo devido à gravidade da condição (INCA, 2023); sintomas dolorosos com duração inferior a três meses, caracterizando dor aguda ou de curta duração IASP (2021).

Ambos os grupos foram comparados quanto à intensidade e à qualidade da dor, conforme dados do Questionário de Dor de McGill, e quanto às percepções subjetivas obtidas por meio da entrevista semiestruturada (apenas com o Grupo 1).

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B), os instrumentos foram aplicados individualmente em ambiente reservado, garantindo sigilo e privacidade. Cada aplicação teve duração média de 15 a 20 minutos.

A coleta de dados foi composta por três instrumentos principais:

a) Questionário sociodemográfico (Apêndice C): utilizado para caracterizar o perfil dos participantes, incluindo informações como idade, sexo, escolaridade, tipo de câncer, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento fisioterapêutico.

b) Entrevista semiestruturada (Apêndice D): aplicada para explorar, de forma aprofundada, a percepção dos pacientes sobre o papel da fisioterapia no controle da dor crônica. A entrevista foi guiada por um roteiro com perguntas abertas, permitindo a livre expressão dos entrevistados.

c) Questionário de Dor de McGill (Anexo E): amplamente utilizado na avaliação da dor, este instrumento permite mensurar tanto a intensidade quanto a qualidade da dor experimentada. Ele é composto por descritores sensoriais e emocionais que facilitam a expressão subjetiva da experiência dolorosa. Os participantes escolhem palavras que melhor descrevem sua dor, como “latejante”, “cortante” ou “queimação” (aspectos sensoriais), e termos como “exaustiva” ou “torturante” (aspectos emocionais). O questionário é dividido em 20 categorias: as categorias 1 a 10 avaliam aspectos sensitivos; 11 a 15, aspectos afetivos; a 16, o caráter avaliativo; e as categorias 17 a 20 abrangem descritores de diferentes

dimensões. Essa escala é reconhecida internacionalmente por sua capacidade de fornecer uma avaliação multidimensional da dor.

Os possíveis riscos da pesquisa incluíram desconforto emocional, uma vez que os participantes poderiam lembrar momentos difíceis relacionados ao tratamento oncológico. Para minimizar esse impacto, as entrevistas foram conduzidas de forma empática, em ambiente acolhedor, e a participação foi voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento.

Entre os benefícios esperados estão a contribuição para o aprimoramento da assistência fisioterapêutica oncológica, fornecendo subsídios para uma atuação mais eficaz e humanizada. Além disso, os achados poderão auxiliar em futuras pesquisas na área, incentivando o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas que promovam o bem-estar dos pacientes com dor crônica associada ao câncer.

Por fim, os dados coletados foram organizados e analisados estatisticamente. Os dados quantitativos foram tabulados no *Google Forms* e no Microsoft Excel, a análise estatística foi realizada com o apoio da linguagem de programação R, versão 4.4.0, por meio da qual foram aplicados testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e testes de comparação entre grupos (t de Student ou Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$), e os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos, acompanhados de interpretação crítica e fundamentação teórica, conforme os objetivos do estudo. Para a comparação entre os dois grupos (intervenção e controle), foram utilizados testes estatísticos bivariados: teste t de Student para comparação de médias — considerando o nível de dor total e por categoria do Questionário de Dor de McGill.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram abordados 34 pacientes oncológicos no Hospital de Câncer do Maranhão, no período de março a abril de 2025, que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. No entanto, foram excluídos 7 pacientes que se encontravam em estágios iniciais da doença e, portanto, não atendiam aos critérios estabelecidos. O perfil sociodemográfico dos participantes incluídos está descrito na Tabela 1, que apresenta as principais características dos grupos analisados.

Tabela1: Dados sociodemográficos da amostra.

Variável	Intervenção (n=30)	Controle (n=4)
Sexo (fem/masc)	60% / 40%	75% / 25%
Faixa etária (moda)	60 a 69 anos	18 a 29 anos
Escolaridade (moda)	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Estágio (moda)	Estágio IV	Estágio III

Fonte: Próprio autor (2025).

Observou-se que a quantidade de pacientes que não realizavam fisioterapia (grupo controle) e a faixa etária divergiam do grupo de intervenção. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de a amostra ter sido selecionada por conveniência.

Conforme apresentado na Tabela 1, verificou-se maior predominância do sexo feminino em ambos os grupos, sendo mais expressiva entre os pacientes que não realizavam fisioterapia (75%). Esse dado está de acordo com a literatura, que aponta maior prevalência de mulheres nos cuidados com a saúde e maior participação em pesquisas, incluindo maior responsividade aos questionários aplicados (Sebo et al., 2025).

No que se refere à faixa etária, o grupo que recebeu fisioterapia apresentou maior concentração de indivíduos entre 60 e 69 anos, o que está de acordo com o perfil epidemiológico de pacientes oncológicos, que geralmente apresentam comorbidades associadas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas, doenças renais e cardíacas. Segundo Machado e Guilhem (2021), a população idosa apresenta maior prevalência de câncer em comparação aos adultos. No grupo controle, por sua vez, a faixa etária predominante corresponde a adultos jovens, e, de acordo com Silva et al. (2019), a idade pode influenciar tanto a adesão quanto a própria indicação da fisioterapia no contexto hospitalar.

Quanto à escolaridade, ambos os grupos apresentaram predominância de indivíduos com ensino médio completo, o que indica um perfil educacional intermediário da amostra. Esse achado também foi registrado no estudo de Silva et al. (2019), que aponta que pacientes com maior nível educacional demonstram melhor compreensão das orientações clínicas e maior comprometimento com o tratamento fisioterapêutico.

Por fim, em relação ao estágio da doença, a maioria dos pacientes do grupo de intervenção encontra-se no estágio IV, enquanto o grupo controle concentra-se no estágio III. Essa diferença pode indicar o direcionamento prioritário da fisioterapia para casos clínicos mais avançados, nos quais a dor crônica tende a ser mais significativa. De acordo com Chelles et al. (2024), a indicação do atendimento fisioterapêutico em pacientes oncológicos baseia-se em critérios clínicos específicos, como a presença de dor crônica associada ao câncer, comprometimentos funcionais, alterações musculoesqueléticas decorrentes da doença ou do tratamento, além da necessidade de prevenir complicações. No entanto, considerando que os indivíduos do grupo controle também se encontram em estágios avançados (III e IV), a ausência da intervenção fisioterapêutica torna-se um achado preocupante. Isso levanta hipóteses sobre os fatores que contribuem para a subutilização da fisioterapia no contexto hospitalar oncológico.

Para a análise dos níveis de dor entre os grupos, foram utilizados os escores obtidos por meio do Questionário de Dor de McGill. A Tabela 2 apresenta os dados descritivos relacionados ao Índice de Dor Total, com os dados organizados em dois grupos: pacientes que realizaram fisioterapia e aqueles que não foram submetidos a essa intervenção. Essa comparação permitiu avaliar possíveis diferenças na intensidade da dor percebida entre os grupos e compreender o impacto da fisioterapia no manejo da dor crônica.

Tabela 2- Estatísticas descritivas do Índice de Dor Total por grupo

Grupo	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Intervenção	30	38,77	5,48	31	39	48
Controle	4	37,75	4,92	34	36	45

Fonte: Próprio autor (2025).

Observou-se um número reduzido de pacientes oncológicos sem acompanhamento fisioterapêutico (n = 4), o que, à primeira vista, pode parecer

positivo. No entanto, ao analisar os dados, nota-se que o grupo com fisioterapia apresentou uma média de 38,77 pontos no Índice de Dor Total, com desvio padrão de 5,48, enquanto o grupo sem fisioterapia obteve média ligeiramente inferior, de 37,75 pontos (DP = 4,92). A mediana no grupo com fisioterapia foi superior (39 contra 36), assim como o valor máximo observado entre os pacientes que receberam acompanhamento fisioterapêutico.

Embora a diferença entre as médias não tenha sido estatisticamente significativa, essas variações podem representar fatores subjetivos relevantes, como maior verbalização da dor e maior consciência corporal desenvolvida ao longo do processo terapêutico. Dessa forma, os dados reforçam a importância de se considerar não apenas os valores quantitativos absolutos, mas também a experiência subjetiva dos pacientes no contexto da dor crônica associada ao câncer.

Santos et al. (2023) ponderam que a baixa adesão à fisioterapia por parte de pacientes oncológicos não está, necessariamente, relacionada à ausência de indicação clínica, mas sim a uma variedade de barreiras estruturais, logísticas e informacionais. Entre os principais desafios estão: a escassez de fisioterapeutas nos setores de oncologia, o desconhecimento por parte da equipe médica sobre o papel da fisioterapia, limitações clínicas do paciente (como risco de quedas ou fraturas e presença de patologias agudas), além de dificuldades de locomoção e falta de informação sobre os benefícios da fisioterapia em cada fase da doença.

O trabalho de Fernando et al. (2022) afirma, ainda, que grande parte dos pacientes com câncer desconhece a possibilidade de realizar fisioterapia como parte do tratamento, especialmente na ausência de queixas motoras. Tal constatação revela um entendimento limitado sobre os benefícios da fisioterapia, ainda centrado na reabilitação funcional motora, o que acaba por negligenciar seu papel no manejo da dor crônica e do sofrimento emocional. Corroborando esse achado, os escores dos domínios avaliados pelo Questionário de Dor de McGill, apresentados na Tabela 3, indicam percepções significativas de dor entre os pacientes, mesmo na ausência de déficits motores aparentes.

Tabela 3: Descrição dos domínios avaliados no questionário de McGill

Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	Total
Controle	40,60	22,00	7,80	20,50	96,90
Intervenção	42,29	23,00	8,36	28,93	102,57

Fonte: Próprio autor (2025).

Os resultados obtidos por meio da aplicação do Questionário de Dor de McGill evidenciam diferenças nos escores médios dos domínios sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea entre os grupos de pacientes oncológicos que realizaram fisioterapia e aqueles que não realizaram.

Observa-se que os pacientes submetidos à fisioterapia apresentaram escores médios mais elevados em todos os domínios do questionário: sensorial (42,29 vs. 40,60), afetivo (23,00 vs. 22,00), avaliativo (8,36 vs. 7,80), miscelânea (28,93 vs. 26,50) e escore total (102,57 vs. 96,90), quando comparados àqueles que não foram submetidos ao tratamento fisioterapêutico.

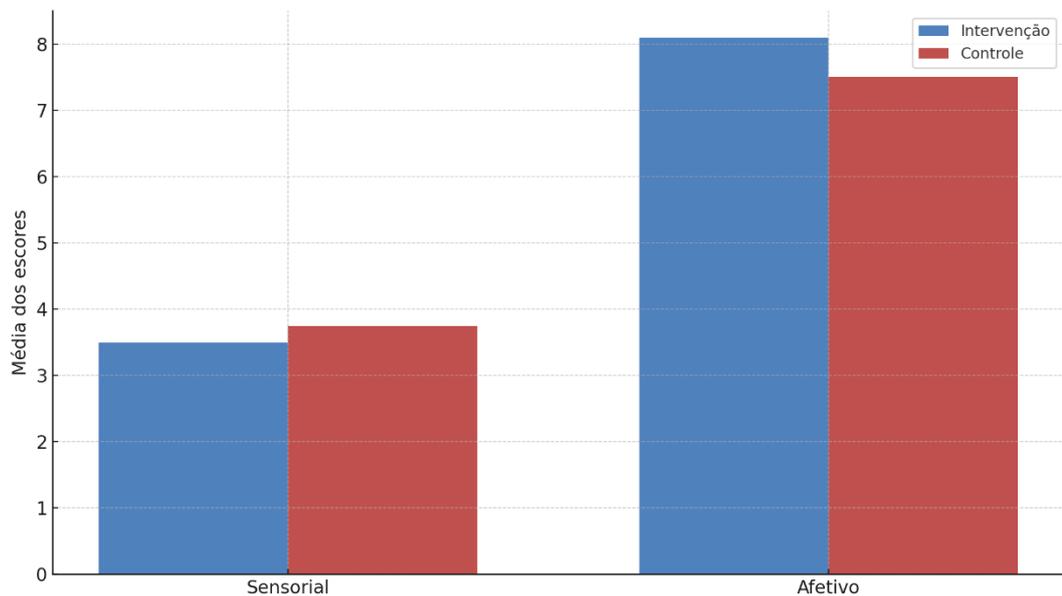
Além disso, o aumento desses escores pode refletir uma maior capacidade de autopercepção e expressão da dor, adquirida por meio da própria abordagem fisioterapêutica, que frequentemente envolve educação em saúde, estratégias de enfrentamento e conscientização corporal. Dessa forma, os pacientes que passaram por sessões de fisioterapia podem estar mais atentos às características da sua dor e, conseqüentemente, relatar um número maior de descritores (INCA, 2023).

O Questionário de Dor de McGill avalia a qualidade sensorial, afetiva e temporal da dor, com base em quatro domínios principais: sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea. A Tabela 4 e o Gráfico 1 apresentam os valores médios e os desvios padrão dos domínios sensorial e afetivo para cada grupo, permitindo uma análise mais aprofundada da experiência dolorosa dos pacientes oncológicos, considerando tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da dor.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos domínios sensorial e afetivo

Domínio	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Sensorial	Intervenção	3,50	0,51	3,0	3,5	4,0
Sensorial	Controle	3,75	0,50	3,0	4,0	4,0
Afetivo	Intervenção	8,10	1,67	6,0	8,0	10,0
Afetivo	Controle	7,50	1,73	6,0	7,0	10,0

Fonte: Próprio autor (2025).

Gráfico 1 – Comparação das pontuações nos domínios sensorial e afetivo

Fonte: Software R (Versão 4.4.0, 2025)

No domínio sensorial, que se refere às características físicas da dor, os valores foram próximos entre os grupos: média de 3,50 (DP = 0,51) no grupo com fisioterapia e 3,75 (DP = 0,50) no grupo sem fisioterapia. Esses dados sugerem que a intervenção fisioterapêutica, por si só, não promoveu uma redução imediata nas características sensoriais da dor — o que é compreensível, considerando a complexidade do quadro oncológico e o tempo relativamente curto de acompanhamento relatado pela amostra. Estudos apontam que os efeitos da fisioterapia sobre os aspectos sensoriais da dor tendem a ocorrer de forma progressiva, especialmente quando associados a estratégias de cuidado continuado e abordagem interdisciplinar (Andrade et al., 2021).

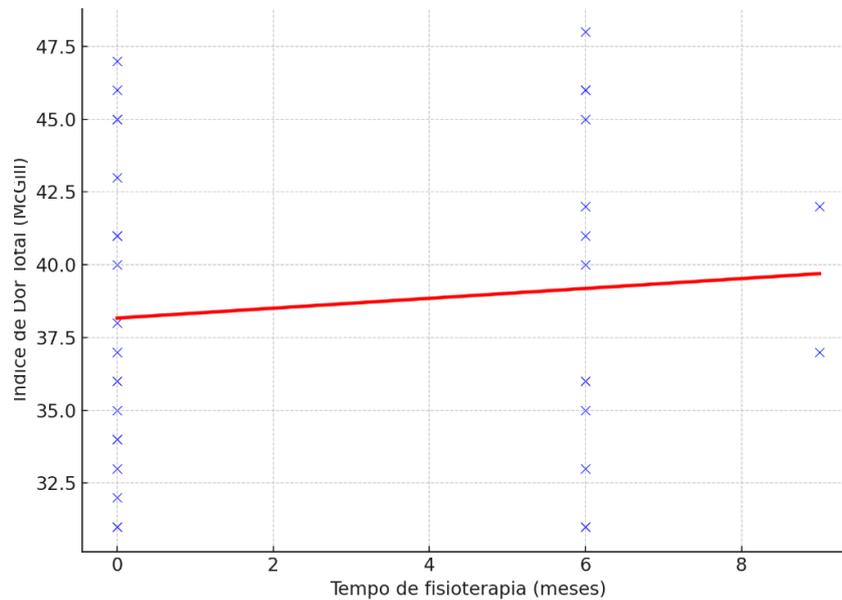
No domínio afetivo, os valores foram mais altos entre os pacientes submetidos à fisioterapia, com média de 8,10 (DP = 1,67), em comparação aos que não realizaram o tratamento, cuja média foi de 7,50 (DP = 1,73). Essa elevação pode indicar uma maior consciência emocional da dor, possivelmente decorrente da interação terapêutica e dos estímulos à escuta clínica e ao autoconhecimento corporal promovidos pelo processo fisioterapêutico. Segundo Silva et al. (2022), a relação terapêutica estabelecida durante a fisioterapia pode favorecer o reconhecimento dos componentes emocionais da dor, contribuindo para um manejo mais consciente e integrado da experiência dolorosa.

Ainda que as diferenças entre os grupos não tenham sido estatisticamente significativas, a análise dimensional revela aspectos clínicos relevantes, indicando que a fisioterapia pode atuar não apenas no alívio da dor, mas também na forma como os pacientes percebem e processam emocionalmente essa experiência. Esses achados reforçam a importância de uma abordagem integrativa no tratamento da dor oncológica, contemplando tanto os aspectos físicos quanto os psicossociais.

Os resultados obtidos a partir do Questionário de Dor de McGill demonstraram que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem fisioterapia, os pacientes que realizavam acompanhamento fisioterapêutico apresentaram escore médio de dor total ligeiramente mais elevado. Essa diferença, ainda que sutil, pode estar associada à maior consciência corporal e emocional promovida pelo processo terapêutico — conforme discutido por Lima et al. (2024), que ressaltam a capacidade da fisioterapia de ampliar a percepção sensorial e afetiva da dor, mesmo sem necessariamente reduzi-la de forma imediata.

Por outro lado, o grupo sem fisioterapia — além de numericamente reduzido — apresentou médias de dor semelhantes, o que pode indicar tanto uma percepção subestimada da dor quanto limitações no reconhecimento e na verbalização de suas dimensões. Esse fenômeno está alinhado com as análises de Almeida et al. (2021), que destacam que pacientes não acompanhados por equipes multidisciplinares tendem a subnotificar sintomas dolorosos, seja por desconhecimento, medo ou naturalização da dor como parte do processo da doença.

Por fim, com o objetivo de avaliar se o tempo de realização da fisioterapia possui alguma relação com a intensidade da dor percebida pelo paciente, foi realizada uma análise de correlação utilizando o teste de Spearman. Para isso, o tempo de acompanhamento fisioterapêutico foi transformado em uma escala ordinal, considerando as categorias: “Nunca fiz” (0), “Mais ou menos 6 meses” (6) e “De 6 a 12 meses” (9). O resultado dessa análise está ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Correlação entre tempo de fisioterapia e índice de dor.

Fonte: Software R (Versão 4.4.0, 2025)

Observou-se uma correlação fraca e positiva entre o tempo de fisioterapia e o nível total de dor, com coeficiente de Spearman igual a 0,11 e valor de $p = 0,52$, indicando ausência de significância estatística. Esse resultado sugere que o tempo de tratamento fisioterapêutico, por si só, não foi suficiente para causar um impacto direto e significativo na dor crônica relatada pelos participantes da amostra.

Com valores de correlação baixos, o padrão de dispersão apresentado no Gráfico 2 evidencia a complexidade da dor oncológica crônica. Ainda que a correlação tenha sido fraca e não significativa, o padrão observado revela uma distribuição dispersa dos dados, sugerindo que a variação na percepção da dor depende de múltiplos fatores, e não apenas do tempo de exposição à fisioterapia.

A correlação entre tempo de tratamento e intensidade da dor, portanto, reforça a compreensão de que a dor oncológica é multifatorial, exigindo abordagens terapêuticas que integrem dimensões físicas, emocionais e sociais. A percepção subjetiva dos pacientes destacou-se como um dado valioso: dois terços dos participantes relataram melhora da dor com a fisioterapia, evidenciando a relevância do acolhimento, da escuta clínica e da humanização no processo terapêutico. Esses achados convergem com o objetivo geral da pesquisa, que visava compreender a percepção dos pacientes sobre o impacto da fisioterapia na experiência dolorosa, revelando que os benefícios extrapolam os dados objetivos e se manifestam na vivência pessoal de alívio e funcionalidade.

Reis et al. (2020) destacam que, em pacientes oncológicos, a resposta à dor é multifatorial, envolvendo aspectos físicos, emocionais, cognitivos e sociais. O tempo de fisioterapia pode não ser, por si só, o fator determinante na redução da dor percebida, especialmente quando o número de sessões, a abordagem terapêutica utilizada e a adesão ao tratamento não são homogêneos. Portanto, ainda que o tempo de exposição ao cuidado fisioterapêutico tenha relevância, seus efeitos precisam ser compreendidos dentro de um contexto mais amplo, que leve em consideração a individualidade do paciente, o estágio clínico da doença e a complexidade da dor oncológica.

A percepção subjetiva dos pacientes quanto à efetividade do tratamento fisioterapêutico também foi contemplada nesta pesquisa, compondo uma análise complementar à dimensão quantitativa. A Tabela 5 apresenta a distribuição das respostas obtidas dos participantes do grupo que realizou fisioterapia (n = 30), com base na pergunta: “Você acredita que a fisioterapia melhorou sua dor?”. O resultado evidenciou que 66,7% dos pacientes responderam positivamente, enquanto 33,3% relataram não ter percebido melhora do quadro algico após o início da fisioterapia.

Tabela 5 – Percepção dos pacientes quanto à melhora da dor com a fisioterapia (n=30)

Resposta	Frequência	Percentual (%)
Sim	20	66,7%
Não	10	33,3%

Fonte: Próprio autor (2025).

A predominância de respostas afirmativas sugere que, mesmo quando os valores objetivos de dor não indicam diferenças estatisticamente significativas, a percepção individual do paciente pode revelar um benefício real associado à intervenção fisioterapêutica. Esse dado reforça a importância de considerar a experiência subjetiva como elemento essencial na avaliação terapêutica, especialmente no contexto oncológico, no qual fatores emocionais, psíquicos e sociais interagem de maneira intensa com os sintomas físicos.

A escuta ativa do paciente e a valorização de seu relato constituem ferramentas fundamentais no manejo da dor crônica, estando diretamente associadas à empatia clínica — princípio central da prática fisioterapêutica humanizada. De acordo com Lima et al. (2022), a percepção de melhora relatada pelo paciente deve

ser considerada não apenas como um indicativo terapêutico, mas também como um marcador de adesão e engajamento ao tratamento.

Assim, a convergência entre dados objetivos e relatos subjetivos amplia a compreensão sobre a efetividade da fisioterapia e orienta intervenções mais alinhadas às necessidades reais de cada indivíduo.

É importante ressaltar que o presente estudo não teve como objetivo principal avaliar a eficácia da fisioterapia na redução da dor, mas sim comparar a percepção da dor entre os dois grupos analisados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que, apesar de não terem sido identificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor entre os pacientes oncológicos que receberam fisioterapia e aqueles que não foram submetidos a essa intervenção, emergiram evidências clínicas e subjetivas relevantes. A análise da dor, considerando suas dimensões sensorial e afetiva, aliada aos relatos dos próprios participantes, sugere que a fisioterapia pode desempenhar um papel importante na forma como esses pacientes interpretam e enfrentam a dor crônica relacionada ao câncer.

A média ligeiramente mais elevada no índice geral de dor entre os participantes submetidos à fisioterapia não deve ser interpretada como indicativo de ineficácia da intervenção, mas sim como reflexo de uma maior consciência corporal e emocional desenvolvida ao longo do processo terapêutico. Esse aspecto ressalta a importância da escuta ativa, do fortalecimento da relação profissional-paciente e da adoção de uma abordagem ampla e humanizada no cuidado oncológico.

Outro ponto relevante observado foi o relato de alívio da dor pela maioria dos pacientes que realizaram fisioterapia, o que destaca o papel fundamental da vivência subjetiva na avaliação dos resultados terapêuticos. Esses achados demonstram que os efeitos da fisioterapia vão além das métricas objetivas, abrangendo fatores psicossociais.

Adicionalmente, a reduzida quantidade de pacientes que não tiveram acesso à fisioterapia, embora pequena, evidencia possíveis barreiras estruturais e informacionais que ainda dificultam a inclusão dessa prática nos atendimentos hospitalares. Tal constatação reforça a urgência da implementação de políticas públicas que garantam a inserção contínua da fisioterapia nos cuidados oncológicos, desde o diagnóstico até as fases avançadas da doença.

Conclui-se, portanto, que a fisioterapia deve ser reconhecida como uma ferramenta essencial no manejo da dor oncológica, contribuindo não apenas para a funcionalidade, mas também para o acolhimento e o alívio do sofrimento. Com base nos dados obtidos e nas análises realizadas, pode-se afirmar que os objetivos propostos neste estudo foram plenamente atingidos.

O perfil sociodemográfico da amostra foi adequadamente categorizado, revelando variáveis importantes para a contextualização dos resultados. Foi possível

identificar desigualdades no acesso à fisioterapia entre os pacientes oncológicos avaliados e correlacionar os níveis de dor com a presença ou ausência dessa intervenção, por meio da aplicação do Questionário de Dor de McGill como instrumento de avaliação.

A percepção subjetiva dos pacientes reforçou a relevância da fisioterapia como estratégia complementar no tratamento da dor oncológica, evidenciando benefícios que extrapolam os indicadores objetivos e se manifestam na experiência individual de cuidado. O reconhecimento da subjetividade do paciente e a valorização de suas percepções devem nortear intervenções mais humanizadas, personalizadas e eficazes.

Por fim, recomenda-se a ampliação de estudos com amostras mais robustas e acompanhamento longitudinal, a fim de fortalecer as evidências científicas e orientar práticas fisioterapêuticas mais inclusivas e integradas no contexto da oncologia.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, R. L. T. M. *Prevalência e incidência de dor neuropática relacionada ao câncer em uma população de alta vulnerabilidade social*. 2023. 63 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/4947>.
- ALMEIDA, F. T. et al. Subnotificação da dor em pacientes oncológicos: uma barreira para o cuidado multidisciplinar. **Revista Dor**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45–52, 2021.
- ANDRADE, T. M. de et al. Efeitos da fisioterapia na dor oncológica: uma revisão integrativa. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 34, p. e34112, 2021.
- AGUIAR DA SILVA QUARESMA, E.; SANTANA, C. S. C.; JARDIM, R. M. F. V. S.; RICHTRMOC, M. K. F. de F. Fisioterapia oncológica e qualidade de vida em cuidados paliativos: uma revisão da literatura. **Journal of Hospital Sciences**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 36–45, 2023.
- ALVES, F. O. et al. Atuação da fisioterapia no paciente oncológico traqueostomizado: uma revisão narrativa / Physical therapy in tracheostomized oncology patients: a narrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20183–20201, 2021.
- ALVES, R. S. F. et al. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.
- BONFIM, L. N. Câncer de pele: medidas preventivas e perfil epidemiológico na região nordeste do Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 467–481, 2023.
- BORCHARTT, D. B. et al. Avaliação das dimensões da dor no paciente oncológico. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 266, p. 4308–4317, 2020.
- CAETANO, G. P.; SANTOS, G. M.; ORSOLIN, P. C. A influência dos fatores genéticos no desenvolvimento do câncer de mama / The influence of genetic factors in the development of breast cancer. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 8555–8565, 2022.
- CHELLES, P. A. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. e-154522, 2024.
- CARLOS, C. A. L. V.; TEIXEIRA, K. M. D. **Oncological diagnosis and treatment: reflection on the changes in the life of the patient and his family**. **Zenodo**, 2023.
- CHELLES, P. A. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, 2024.

COELHO, A. S. et al. Hereditary predisposition to breast cancer and its relation to the BRCA1 and BRCA2 genes: *literature review*. **RBAC – Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 50, n. 1, 2018.

CHELLES, P. A.; OLIVEIRA, L. C.; COUTO, L. S.; SAMPAIO, S. G. M.; LIMA, F. L. T.; BERGMANN, A. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1,

CUNHA, N. S.; SINHORIM, L. et al. Saúde da mulher: dor crônica e funcionalidade de sobreviventes de câncer de mama. **SciELO Press Releases**, 2022.

DA SILVA, E. P. et al. Benefícios dos cuidados paliativos fisioterapêuticos em pacientes com câncer de pulmão. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 11, n. 2, p. 1–7, 2022.

DO NASCIMENTO, Í. M. B.; MARINHO, C. L. F.; COSTA, R. O. A contribuição da fisioterapia nos cuidados em pacientes com dor oncológica. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 54, n. 1, 2017. DOI: 10.46311/2318-0579.54.eUJ21.

DE SOUZA ALMEIDA, J. T.; SCHNEIDER, L. F. A importância da atuação fisioterapêutica para manter a qualidade de vida dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 168–177, 2019

DALLOULF, F. A.; PINHEIRO, P. F.; OLIVEIRA, C. H. O.; MELO, D. B. D.; POSSEBON, L.; GIROL, A. P. Epidemiologia do câncer no sistema de saúde pública de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cuidados Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 28–34, jan./jun. 2020.

DE AQUINO TAVARES, A. T. et al. Manejo da dor oncológica pela equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.

DORANTES GARCÍA, J. *Cálculo de dimensión fractal y entropía en tumores benignos y malignos*. Puebla: **Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**, 2021.

FERNANDES, M. L. B. et al. Barreiras para o acesso à fisioterapia em pacientes oncológicos: percepções de usuários em cuidados paliativos. **Repositório da Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, 2022.

FERREIRA, C. A. Z. *Perfil epidemiológico de casos de melanoma cutâneo atendidos no HC Unesp Botucatu e características associadas ao estadiamento inicial*. 2023.

GARCÍA-CURDI, F. et al. Correlation between PET/CT and CT in the staging prior to the treatment of head and neck squamous cell carcinoma. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 87, p. 11–18, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. **rev. atual**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 112 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Guia fisioterapêutico para avaliação e manejo da dor no câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2023..

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **IASP terminology – acute and chronic pain definitions**. 2021.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças*. Rio de Janeiro: **Grupo GEN**, 2023. E-book. ISBN 9788595159174.

LIMA, L. D. et al. Efeitos da fisioterapia no manejo da dor crônica em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 28, n. 1, p. 45–52, 2024.

LIMA, A. C. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, p. 1–10, 2024.

LEITE, A. N. F.; ANTUNES, A. R. D. S.; COSTA, G. M. M. D. O. Atuação da fisioterapia no manejo da dor e sintomas no cuidado paliativo em pacientes oncológicos avançados: uma revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 43, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Mapa da obesidade**. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 23 set. 2024.

MACHADO, V. M. S. et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, 2021.

MACIEL, M. G. S. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Prática Hospitalar**, 2019.

MAIA, A. B. F. et al. Intervenções fisioterapêuticas nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Revista UNILUS: Ensino e Pesquisa**, v. 17, n. 49, out./dez. 2020.

MELLO, F. et al. Dor, depressão, ansiedade e qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, v. 7, n. 1, p. 19–34, 2024.

MELZACK, R. O Questionário de Dor McGill: principais propriedades e métodos de pontuação. *Dor*, v. 1, n. 3, p. 277–299, set. 1975.

MENEZES, L. C. B. B.; MIRANDA, M. K. V. Percepção da dor em pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10937, 19 set. 2022. DOI: 10.25248/reaenf.e10937.2022.

MACHADO, A. S.; GUILHEM, D. Perfil das internações por neoplasias no Sistema Único de Saúde: estudo de séries temporais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 83, 2021.

MEYERS, C. A. et al. Neurocognitive function and quality of life in patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 37, n. 30, p. 2790–2798, 2019.

NASCIMENTO, J. C. C.; CAMPOS, J. S.; VIEIRA, V. P.; BARBOSA, M. C. R. Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 32, p. 51–61, 2020.

NERI, J. L. S. A. *Ingestão dietética e índice inflamatório dietético associado ao estadiamento tumoral em pacientes com neoplasia da tireoide no estado do Rio Grande do Norte*. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

NGAMKHAM, S. et al. O Questionário de Dor McGill como medida multidimensional em pessoas com câncer: uma revisão integrativa. **Pain Management Nursing, Saint Louis**, v. 13, n. 1, p. 27–51, mar. 2012.

NOVIKOFF, C. Proposições científicas e éticas aplicadas em entrevista e questionário. **Revista Valore**, [S. l.], v. 5, p. e-5027, 2021. DOI: 10.22408/reva502020472e-5027.

OLIVEIRA, J. L.; PEREIRA, T. B.; LIMA, D. G. V. H. Tratamento da dor oncológica com liberação miofascial no paciente com câncer de mama. **Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, v. 19, n. 2, 2023.

OPPERMANN, C. P. *Entendendo o câncer*. Porto Alegre: Grupo A, 2014. **E-book. ISBN 9788582710524**.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. ed. v. 1. São Paulo: Edusp, 1997.

PAIVA, E. D. S. et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, p. 292–296, 2006.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, abr. 2012.

PEREIRA, E. A.; GOMES, L. L. C.; SILVA, R. M. Papel do fisioterapeuta no tratamento de pacientes oncológicos adultos. **Revista Revolua**, v. 3, n. 1, p. 502–512, 2024.

RANGEL, J. C. Atuação fisioterapêutica nos cuidados do paciente com dor oncológica: revisão narrativa. *Universidade de Taubaté – UNITAU: Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI, Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI*, 2020.

ROCHA, A. P. C. et al. Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 94–105, fev. 2007.

REIS-PINA, P. et al. Manejo da dor relacionada ao câncer e o uso ideal de opioides. **Acta Médica Portuguesa**, v. 28, n. 3, p. 376–381, 2015.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023–2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700.

SILVA, C. M.; MACIEL, N. M.; QUEIROS, F. J. G. Medicamentos quimioterápicos no tratamento do câncer. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141279, 2024.

SILVA, D. V. da et al. Prevalência de idade e gênero e sua correspondência com os setores de fisioterapia ambulatorial de um instituto de ortopedia e traumatologia de referência da cidade de São Paulo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 394–400, 2019.

SOUZA, P. M. de et al. Intervenções fisioterapêuticas na dor lombar crônica: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3379–3395, 2023.

SOUZA, M. A. et al. Intervenções fisioterapêuticas e percepção de dor em pacientes com câncer: um estudo clínico. **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, n. 2, e361234, 2023.

SOARES, M. B. *Impacto da fisioterapia na dor de pacientes com neoplasia pulmonar*. 2022.

SOUSA, L. M. et al. Barreiras institucionais ao acesso à reabilitação em oncologia no Sistema Único de Saúde. **LUME – Repositório Digital da UFRGS**, 2023.

SANTOS, D. A. S. et al. Fisioterapia em oncologia: revisão de escopo sobre acesso e efetividade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 4, p. 1–8, 2023.

SILVA, T. M. et al. Impacto da fisioterapia na percepção da dor em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022.

SILVA, D. V. da et al. Prevalência de idade e gênero e sua correspondência com os setores de fisioterapia ambulatorial de um instituto de ortopedia e traumatologia de referência da cidade de São Paulo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 394–400, 2019.

SEBO, P. et al. Increasing participation and completion rates in questionnaire surveys of primary care patients: cluster-randomized study. ***Interactive Journal of Medical Research***, v. 14, e67981, 2025.

SOBRAMID et al. *Tratado de dor oncológica*. 1. ed. Rio de Janeiro: **Atheneu**, 2019. p. 19–493.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V. de; RESENDE, M. A. de. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 339–346, 2005.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TABATCHNIK, J. S.; SANTOS, L. T.; BRANCO, A. L. C. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor em mulheres pós-mastectomizadas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 7, n. 2, 2021.

VARANDAS, C. M. B. *Fisiopatologia da dor*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

VASCONCELOS, P. P. et al. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. **RECIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 2, n. 1, 2008.

VIESSER, J. F.; LIMA, C. H. L.; ZANCAN, M. Modalidades fisioterapêuticas no manejo da dor neuropática induzida pelo tratamento do câncer de mama: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, e064392, 2024.

VITOR, R. F. et al. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. 2008.

WIERMANN, E. G. et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 10, n. 38, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FOLDER INFORMATIVO

Participe da Pesquisa sobre Fisioterapia no Controle da Dor Oncológica Crônica!

"Descubra como o tratamento fisioterapêutico pode transformar a vida de pacientes oncológicos."

UNDB
CENTRO UNIVERSITÁRIO



Contato

(98) 9 8879-1298
Jeferson Mendes

Estamos realizando um estudo para entender como a fisioterapia pode ajudar no controle da dor crônica e na melhoria da funcionalidade de pacientes oncológicos. Sua participação pode fazer a diferença para melhorar a qualidade de vida de todos!

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

Questionário sócio-demográfico: Paciente oncológico

Nome completo:

1. Idade:

- 18 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 a 69 anos
- 70 anos ou mais

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Outros:

3. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

4. Escolaridade:

- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Superior completo
- Superior incompleto

5. Nacionalidade:

Brasileiro

outros:

6. Estagio do câncer:

Estagio 0 (in situ)

Estagio I

Estagio II

Estagio III

Estagio IV

Não sei/Não sei informar

Prefiro não responder

7. Tempo de diagnostico: há quanto tempo você foi diagnosticado com câncer?

Mais ou menos 6 meses

6 a 12 meses

1 a 2 anos

2 a 5 anos

Mais de 5 anos

Prefiro não responder

8. Tem de início do tratamento: há quanto tempo você iniciou o tratamento para o câncer?

Mais ou menos 6 meses

6 a 12 meses

1 a 2 anos

2 a 5 anos

Mais de 5 anos

Prefiro não responder

9. Tipo de tratamento oncológico: quais tipos de tratamentos você está recebendo para o câncer?

Cirurgia

Radioterapia

Imunoterapia

- Terapia alvo (medicação específica para o tipo de câncer)
- Terapia hormonal
- Não está recebendo tratamento no momento
- Prefiro não responder

10. Em relação a sua dor, há quanto tempo você sente esse sintoma?

- Mais ou menos 6 meses
- 6 a 12 meses
- 1 a 2 anos
- 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos
- Não sei informar
- Prefiro não responder

11. Vocês tem acesso a fisioterapia?

- Sim
- Não:

APÊNDICE C – Questionário Semi-Estruturado

Questionário semi-estruturado: paciente oncológico.

Nome completo:

1. Sobre você e seu tratamento.

Qual é o seu diagnóstico atual?

Você já passou por sessões de fisioterapia? Se sim, há quanto tempo?

Com que frequência você realiza as sessões de fisioterapia?

2. Sobre a dor e os benefícios da fisioterapia .

Como você descreveria a sua dor antes de começar a fisioterapia?

Você sente alguma diferença na intensidade da dor após as sessões de fisioterapia? Pode descrever?

Você acredita que a fisioterapia ajuda a lidar com a dor do dia a dia? De que forma?

3. Sobre a funcionalidade e atividades diárias .

A fisioterapia ajudou você a realizar atividades que antes eram difíceis? Quais?

ocê sente alguma mudança na sua respiração ou disposição após o tratamento fisioterapêutico?

4. Sobre a experiência com o fisioterapeuta .

Como você descreveria sua interação com o fisioterapeuta durante as sessões?

Você se sente à vontade para compartilhar como está se sentindo durante as sessões?

5. Aspectos gerais e sugestões .

Qual parte do tratamento fisioterapêutico você considera mais importante para você?

Há algo que você gostaria que fosse diferente no tratamento fisioterapêutico?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: 85611224.3.0000.8707

Título do Projeto: **PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO QUANTO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE MANEJO DE DOR CRÔNICA**

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que busca avaliar a Percepção dos Pacientes com Dor Crônica em Relação ao Tratamento Fisioterapêutico. Realizada pelos pesquisadores Janice Regina Moreira Bastos e Jeferson Pinto Mendes. A pesquisa possui o objetivo geral: Avaliar a percepção dos pacientes com dor crônica em relação ao tratamento fisioterapêutico no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr Tarquinio em Sao Luís.

Você foi selecionado (a) a participar deste estudo por ser um (a) paciente oncológico (a) adulto (a), com idade igual ou superior a 18 anos ou mais.

Caso aceite participar dessa pesquisa, informo que a coletas de dados será feita em um ambiente reservado e tranquilo, com duração média de 15 a 20 minutos, conduzidas por um pesquisador. Você terá liberdade para não responder a perguntas desconfortáveis, retirar-se do estudo a qualquer momento sem justificativa ou prejuízo.

Os riscos ou desconfortos envolvidos que essa pesquisa podem ser psicológicos e emocionais, o paciente pode reviver momentos difíceis que passou durante o tratamento, o que pode levar a um grau de estresse emocional ou cansaço físico e mental ao responder as perguntas da entrevista. Para minimizar esses riscos, o paciente não será obrigado a responder a nenhuma pergunta com a qual não se sinta confortável, a entrevista será conduzida em um ambiente tranquilo e acolhedor, e o mesmo contará com o apoio de um profissional capacitado para oferecer suporte, caso necessário. Para evitar esses riscos, serão assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados compartilhados, o pesquisador estará disponível esclarecer todas a

Página 1 de 5

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Endereço do CEP: Av. Colares Moreira, 443, Prédio Norte, Andar: Térreo, sala CEP, Bairro:
Renascença - Cidade: São Luís UF: MA CEP (correios): 65075-441
E-mail do CEP: cep@undb.edu.br - Telefone: (98) 4009-7070 Ramal.: 7074



dúvidas durante todo o processo e garantir que o participante compreenda todas as perguntas.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamentos por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder as questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Resalta-se que, todos os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem os Critérios da Ética em pesquisa em Seres Humanos, nos termos da Resolução N° 466/2012 e Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, todas as informações obtidas por meio desta pesquisa serão estritamente confidenciais, lhe assegurando o total sigilo sobre sua participação, uma vez que não serão solicitados quaisquer dados pessoais que possibilite sua identificação. Assim os dados coletados servirão para construir produtos de natureza científica (trabalhos de conclusão de curso e artigos), assegurando seu anonimato nas publicações resultante da pesquisa. Logo os produtos de pesquisa serão divulgados com o suporte do Centro Universitário unidade de ensino Superior Dom Bosco (UNDB).

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Rubrica do Pesquisador:

Página 2 de 5

Rubrica do Participante:

Endereço do CEP: Av. Colares Moreira, 443, Prédio Norte, Andar: Térreo, sala CEP, Bairro:
Renascença - Cidade: São Luís UF: MA CEP (correios): 65075-441
E-mail do CEP: cep@undb.edu.br - Telefone: (98) 4009-7070 Ramal.: 7074



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



Os resultados dessa pesquisa servirão para ajudar a fundamentar a importância da fisioterapia no tratamento do câncer e seu papel no manejo da dor crônica, contribuindo para a melhoria da funcionalidade e recuperação dos pacientes. Além disso, esses resultados poderão abrir caminhos para futuras pesquisas e intervenções no campo da fisioterapia em oncologia e da reabilitação.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Jeferson Pinto Mendes
Tel: (98) 98879-1298
E-mail: jeferson97pinto@gmail.com

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Dom Bosco, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (98) 4009-7070 ou e-mail cep@undb.edu.br

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

() autorizo gravação em áudio () não autorizo gravação

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

São Luís, M A .
Página 3 de 5

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Endereço do CEP: Av. Colares Moreira, 443, Prédio Norte, Andar: Térreo, sala CEP, Bairro:
Renascença - Cidade: São Luís UF: MA CEP (correios): 65075-441
E-mail do CEP: cep@undb.edu.br - Telefone: (98) 4009-7070 Ramal.: 7074



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante .

Rubrica do Pesquisador:

Página 4 de 5

Rubrica do Participante:

Endereço do CEP: Av. Colares Moreira, 443, Prédio Norte, Andar: Térreo, sala CEP, Bairro:
Renascença - Cidade: São Luís UF: MA CEP (correios): 65075-441
E-mail do CEP: cep@undb.edu.br - Telefone: (98) 4009-7070 Ramal.: 7074



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP



Eu, Jeferson Pinto Mendes, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas nestetermo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Rubrica do Pesquisador:

Rubrica do Participante:

Página 5 de 5

APÊNDICE E – ARTIGO CIENTÍFICO

ANÁLISE COMPARATIVA DOS NÍVEIS DE DOR EM PACIENTES

ONCOLÓGICOS: percepção sobre o tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica ¹

COMPARATIVE ANALYSIS OF PAIN LEVELS IN CANCER PATIENTS:

Perception of Physiotherapeutic Treatment in the Management of Chronic Pain

Jeferson Pinto Mendes²

Janice Regina Moreira Bastos ³

José Vitor Pereira de Aquino⁴

RESUMO

O câncer é um dos principais desafios da saúde pública, impactando física e emocionalmente os pacientes. A dor crônica é um sintoma frequente, que exige abordagem multidimensional. Este estudo analisou os níveis de dor e a percepção do tratamento fisioterapêutico no manejo da dor oncológica. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quali-quantitativa, realizada com 34 pacientes no Hospital de Oncologia do Maranhão. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada e o Questionário de Dor de McGill. Os resultados indicaram que, embora sem significância estatística ($p > 0,05$), pacientes com fisioterapia relataram maior consciência da dor, associada ao vínculo terapêutico. Cerca de 66,7% relataram melhora. Conclui-se que a fisioterapia tem papel relevante no manejo da dor, tanto por seus efeitos físicos quanto pelo suporte emocional.

Palavras-chave: câncer; percepção; oncologia; dor crônica

ABSTRACT

Cancer is one of the main public health challenges, with a strong physical and emotional impact. Chronic pain is a frequent symptom that requires a multidimensional approach. This study analyzed pain levels and patients' perception of physiotherapeutic treatment in managing cancer-related chronic pain. This was a field study with a qualitative-quantitative approach, conducted with 34 patients at the Oncology Hospital of Maranhão. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, semi-structured interview, and the McGill Pain Questionnaire. Although

¹ Paper apresentado à disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB.

² Graduando do 10º Período do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: jeferson97pinto@gmail.com.

³ Professora Mestre. Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: Janice.bastos@undb.edu.br.

⁴ Coorientador. Especialista. E-mail: josvtor2345@gmail.com

no statistically significant difference was found ($p > 0.05$), physiotherapy patients reported greater pain awareness, likely linked to therapeutic bonding. About 66.7% reported pain improvement. It is concluded that physiotherapy plays a relevant role in pain management, both physically and emotionally

Key words: cancer; perception; medical oncology; chronic pain

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células geneticamente alteradas, que invadem tecidos e órgãos, formando tumores benignos ou malignos, com possibilidade de evolução para metástases (Oppermann, 2024). Trata-se de um problema de saúde pública global, sendo uma das quatro principais causas de morte antes dos 70 anos, com cerca de seis milhões de óbitos anuais. No Brasil, ocupa a segunda posição entre as principais causas de morte, com uma média estimada de 625 mil novos casos por ano entre 2020 e 2022 (Santos, 2023).

Essa patologia é amplamente temida pela população devido à sua complexidade e à baixa expectativa de vida associada. Apesar dos avanços terapêuticos — como quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e cirurgias — o diagnóstico ainda é devastador, provocando sofrimento, desestruturação da rotina e pensamentos relacionados à morte (Alves et al., 2021).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2023), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, frequentemente presente na trajetória do paciente oncológico. Varanda (2013) destaca que o controle da dor oncológica é um dos maiores desafios do tratamento, dada sua variabilidade e intensidade, sendo comumente classificada como dor moderada. Essa dor acomete cerca de 30% dos pacientes em tratamento e entre 60% e 90% daqueles em estágio avançado da doença.

A identificação da dor é essencial para a definição de estratégias terapêuticas. Gonçalves et al. (2021) classificam a dor quanto ao tempo (aguda ou crônica), à localização (irradiação ou referida), ao tipo (nociceptiva, neuropática, nociplástica ou psicogênica) e à intensidade (leve, moderada ou intensa).

O manejo da dor oncológica crônica representa um desafio constante para os profissionais de saúde. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023)

indicam que cerca de 55% dos pacientes com câncer avançado e 3% daqueles em tratamento vivenciam dor crônica (Wieemann et al., 2024).

Nesse contexto, Rangel (2020) afirma que o tratamento fisioterapêutico é fundamental para o controle da dor crônica. A fisioterapia oncológica busca não apenas melhorar a funcionalidade, mas também aliviar os sintomas álgicos e promover o bem-estar. Menezes e Miranda (2022) ressaltam que terapias manuais, exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento contribuem significativamente para a redução da dor.

Silva (2024) acrescenta que a fisioterapia, quando integrada ao tratamento oncológico, pode reduzir a necessidade de analgésicos, minimizando os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, além de proporcionar maior autonomia ao paciente. Muitos relatam melhora da dor e da capacidade funcional, evidenciando a importância da fisioterapia nesse contexto.

Diante do impacto significativo do câncer na saúde, torna-se essencial compreender a percepção dos pacientes sobre o tratamento fisioterapêutico como estratégia eficaz no manejo da dor crônica.

A dor é um dos sintomas mais prevalentes entre pacientes oncológicos. Além das limitações físicas, a dor crônica está associada a fatores emocionais, cognitivos e sociais, o que torna seu manejo ainda mais complexo. Embora o tratamento medicamentoso seja amplamente utilizado, nem sempre é suficiente. Nesse sentido, a fisioterapia tem sido reconhecida como uma abordagem complementar eficaz, contribuindo para a redução da dor. No entanto, ainda são escassos os estudos que abordam a percepção dos pacientes em relação à eficácia dessa prática.

Assim, este estudo propõe responder: quais são os níveis de dor em pacientes com câncer e qual a percepção do tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica?

Apesar da existência de diversos recursos terapêuticos, muitos pacientes ainda desconhecem o papel da fisioterapia no alívio da dor. Ademais, há uma lacuna na literatura quanto à visão dos próprios pacientes sobre os benefícios dessa intervenção.

O presente estudo tem como objetivo analisar os níveis de dor em pacientes com câncer e a percepção do tratamento fisioterapêutico no manejo da dor crônica. Especificamente, propõe-se: categorizar o perfil sociodemográfico da

amostra para garantir uniformidade dos dados relacionados aos pacientes; identificar o acesso ao profissional de fisioterapia dentro do hospital para redução da dor oncológica; e correlacionar os níveis de dor em pacientes oncológicos submetidos ou não ao tratamento fisioterapêutico, utilizando o Questionário de Dor de McGill como instrumento de avaliação.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Epidemiologia do câncer

O câncer é uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo, com incidência crescente e impacto significativo na mortalidade global (OMS, 1997; Dalliof, 2020). Em países desenvolvidos, o câncer ocupa a primeira posição entre as causas de óbito antes dos 70 anos. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da doença intensificam sua carga global (Sung et al., 2021). Em 2022, houve mais de 20 milhões de novos casos e aproximadamente 9,7 milhões de mortes, sobretudo em países de baixa e média renda, onde o acesso a cuidados é limitado, contribuindo para diagnósticos tardios e tratamentos inadequados.

No Brasil, o INCA projeta cerca de 704 mil novos casos anuais entre 2023 e 2025, sendo o câncer de pele não melanoma o mais frequente, seguido pelo de mama (mulheres) e próstata (homens). Os cânceres de pulmão, estômago e fígado lideram os índices de mortalidade, com o câncer de pulmão sendo o mais letal (INCA, 2021). Atualmente, mais de 53,5 milhões de pessoas vivem por cinco anos ou mais após o diagnóstico, e estima-se que uma em cada cinco pessoas será diagnosticada com câncer ao longo da vida (Santos et al., 2023), o que reforça a necessidade de estratégias eficazes para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

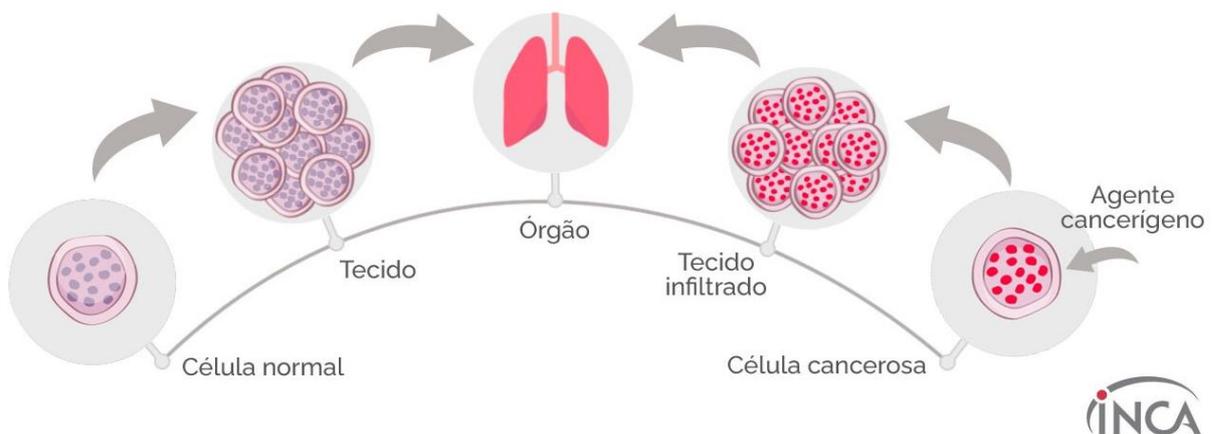
2.2 Câncer

De acordo com Oppermann (2024), o termo “câncer” designa um grupo de doenças caracterizadas pela proliferação desordenada de células anormais, com potencial de invadir tecidos adjacentes e órgãos à distância. Essas células apresentam alta taxa de multiplicação e agressividade, formando uma massa tumoral, geralmente resultante de mutações genéticas acumuladas ao longo do tempo.

Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), as mutações genéticas representam o evento inicial no desenvolvimento das neoplasias, uma vez que alteram o material genético das células, comprometendo o reconhecimento e controle das suas funções vitais. Tais mutações afetam, principalmente, o funcionamento dos proto-oncogenes — genes fundamentais para o crescimento e divisão celular normais. Embora façam parte da constituição de células saudáveis, alterações nesses genes podem transformá-los em oncogenes, os quais contribuem para a disfunção do ciclo celular.

Esse processo desregulador ativa mecanismos que favorecem a conversão de células normais em células cancerígenas, comprometendo a homeostase tecidual. A Figura 1, apresentada a seguir, ilustra de forma esquemática esse processo de transformação celular maligna.

Figura 1: Desenvolvimento de uma célula normal para uma cancerígena



Fonte: INCA, (2020).

Moreira (2014) explica que o ciclo celular é um processo contínuo de crescimento e divisão celular, no qual novas células são geradas enquanto as antigas sofrem apoptose, promovendo a renovação e manutenção dos tecidos. Quando os proto-oncogenes são ativados de forma aberrante, ocorre a desregulação desse ciclo, resultando em uma multiplicação celular descontrolada e no acúmulo anormal de células no tecido. Além disso, mutações no DNA, frequentemente induzidas por agentes extrínsecos como radiação, substâncias químicas e vírus, desempenham papel crucial na formação de agentes cancerígenos.

2.2.1 Tumores benignos e malignos

Tumores benignos possuem crescimento lento e limites definidos, sem invasão local, podendo causar compressão de órgãos vizinhos (Dorantes, 2021; Sobramid et al., 2019). São constituídos por células bem diferenciadas, com baixo risco de vida, e geralmente tratáveis por cirurgia (Kumar, 2010; Rangel, 2020). Já os tumores malignos (cânceres) apresentam crescimento rápido, invasão tecidual e capacidade metastática, com células indiferenciadas e potencial para recidivas, demandando tratamentos mais complexos (Kumar, 2010).

2.2.2 Estadiamento

O estadiamento tumoral avalia a extensão da doença e é fundamental para planejamento terapêutico e prognóstico (Silva et al., 2022). Utiliza-se o sistema TNM, que classifica o tumor primário (T), o comprometimento dos linfonodos (N) e a presença de metástases (M) (Ferreira, 2023; Garcias et al., 2021). O tumor pode crescer localmente, invadir regiões adjacentes ou se disseminar para órgãos distantes, caracterizando estágios progressivos da doença (Andrade; Mourad; Judice, 2010). Para esse fim, utiliza-se o sistema TNM, desenvolvido pela União Internacional de Controle do Câncer (UICC) e pelo Comitê Conjunto Americano sobre o Câncer (AJCC) (Silva et al., 2024; Neri, 2021).

A classificação considera três fatores principais:

- a) Tumor (T): tamanho e extensão do tumor primário, variando de T0 (ausência ou estágio in situ) a T4 (tumor extenso);
- b) Linfonodos (N): grau de comprometimento dos linfonodos regionais, de N0 (ausência) a N3 (extensa);
- c) Metástase (M): presença de disseminação a órgãos distantes, classificada como M0 (ausente) ou M1 (presente) (Ferreira, 2023; Garcias et al., 2021; Andrade; Mourad; Judice, 2010).

2.2.3 Fatores de risco do câncer

A dor crônica oncológica relaciona-se a fatores de risco modificáveis e não modificáveis (Araújo et al., 2023). Entre os não modificáveis, destacam-se predisposições genéticas, como mutações BRCA, e o envelhecimento (Coelho et al.,

2008; INCA, 2020). Fatores modificáveis, como tabagismo, consumo de álcool e obesidade, aumentam o risco de câncer e agravam a dor devido ao estado inflamatório crônico (Queiroz et al., 2022). Exposições ocupacionais e ambientais a carcinógenos também elevam o risco (Caetano; Santos; Orsolin, 2022). Estratégias preventivas e práticas saudáveis, inclusive a atividade física, são essenciais para redução desses riscos e manejo da dor (Bonfim, 2023).

2.3 Dor crônica no paciente oncológico

A dor é sintoma comum e multifatorial, funcionando inicialmente como alerta para agressões corporais (Varandas, 2023). No sistema nervoso central, provoca respostas físicas, emocionais e comportamentais (Vitor; Aline et al., 2008). A dor crônica, persistente por mais de três meses, perde sua função protetora e torna-se patológica, podendo ser nociceptiva, neuropática ou mista (Marques, 2011; Sobramid et al., 2019).

2.3.1 Tipos de dores associados ao câncer

A dor nociceptiva é causada pela ativação contínua de nociceptores em resposta a estímulos mecânicos, químicos ou térmicos, sendo localizada e descrita como latejante (Alves et al., 2021; Carlos e Teixeira, 2023). Já a dor neuropática resulta de lesões ou disfunções no sistema nervoso, causando sensações como queimação, formigamento e hipersensibilidade (Araújo et al., 2023; Gonçalves et al., 2021). A dor mista combina esses dois tipos e é frequente em estágios avançados (Sobramid et al., 2019). Por fim, a dor psicogênica tem origem emocional e psicológica, sem causa orgânica identificável, mas é real e incapacitante (Alves et al., 2021).

2.4 Fisioterapia no manejo da dor oncológica crônica

O manejo da dor oncológica exige abordagem multidisciplinar, na qual a fisioterapia é fundamental para alívio da dor e prevenção de complicações como rigidez articular, fraqueza muscular e perda funcional (Sousa e Schneider, 2019; Maciel, 2019). Técnicas como mobilização articular, fortalecimento muscular,

alongamentos e exercícios respiratórios promovem melhora funcional e qualidade de vida (Nascimento et al., 2017; Machado et al., 2021).

A avaliação da dor deve ser criteriosa, considerando a história clínica e dados multidisciplinares, sendo o Questionário de McGill (MPQ) um instrumento importante para mensuração da dor em suas dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas (Melzack, 1975; Mello et al., 2024). A fisioterapia acompanha o paciente em todas as fases do tratamento oncológico, incluindo reabilitação das sequelas da quimioterapia e radioterapia (Pereira et al., 2024; Alves et al., 2021).

Intervenções como cinesioterapia combatem a cinesiofobia e previnem perdas funcionais, melhorando força, coordenação e capacidade cardiorrespiratória (Carlos e Teixeira, 2023; Cherlles et al., 2024). Recursos como TENS, termoterapia e crioterapia são utilizados para analgesia, respeitando cuidados quanto à localização do tumor (Rangel, 2020; Tabatchnik et al., 2021). Terapias manuais, incluindo mobilização miofascial e reeducação postural, beneficiam especialmente pacientes com sequelas específicas, como em câncer de mama (Oliveira; Pereira; Lima, 2023). Portanto, a fisioterapia desempenha papel crucial não apenas na reabilitação física, mas também no bem-estar emocional e social dos pacientes oncológicos, contribuindo para a melhoria global da qualidade de vida e controle da dor crônica (Rangel, 2020).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza aplicada, pois busca produzir conhecimento voltado à solução de problemas específicos da prática clínica, como o manejo da dor em pacientes oncológicos. Quanto aos objetivos, trata-se de um estudo exploratório e descritivo, ao passo que se propõe a investigar e caracterizar o fenômeno da dor crônica em pacientes com câncer, bem como a percepção destes quanto ao tratamento fisioterapêutico. A abordagem adotada é quali-quantitativa, permitindo a coleta e análise de dados numéricos sobre a dor, por meio do Questionário de McGill, bem como dados subjetivos por meio de entrevistas semiestruturadas.

No que tange aos procedimentos técnicos, configura-se como uma pesquisa de campo, realizada com pacientes oncológicos atendidos em ambiente hospitalar. Também apresenta elementos bibliográficos e documentais, utilizados na construção do referencial teórico. A revisão de literatura abrangeu o recorte temporal

de 2013 a 2024, permitindo a seleção de estudos atualizados e relevantes à temática. As bases de dados consultadas incluíram SciELO, PubMed, BVS e Google Acadêmico. Foram analisados aproximadamente 45 documentos, entre artigos científicos, dissertações, teses e diretrizes de instituições reconhecidas.

Para a busca nas bases, foram utilizados os seguintes descritores: “dor crônica”, “câncer”, “fisioterapia”, “tratamento fisioterapêutico”, “oncologia”, “percepção do paciente”, além dos correspondentes em inglês, para acesso a estudos internacionais. O estudo foi desenvolvido no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, localizado em São Luís – MA, instituição de referência no tratamento oncológico na rede pública estadual.

Participaram do estudo 34 pacientes oncológicos, maiores de 18 anos, com dor crônica (por tempo superior a três meses) e cognitivamente aptos a responder aos instrumentos. O universo da pesquisa era composto por 41 pacientes inicialmente abordados, dos quais 7 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, como estadiamento inicial ou condição clínica crítica. A amostra foi selecionada por conveniência, devido à acessibilidade dos participantes no momento da coleta. Assim, a amostra real foi composta por 34 indivíduos, divididos em dois grupos: Grupo A (intervenção), com pacientes que realizavam fisioterapia, e Grupo B (controle), com pacientes que não realizavam fisioterapia. Não foi realizado cálculo amostral formal, em razão do caráter não probabilístico da amostra.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: um questionário sociodemográfico, uma entrevista semiestruturada (para o grupo intervenção) e o Questionário de Dor de McGill, instrumento validado para mensuração multidimensional da dor. Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e os dados quantitativos foram analisados por meio do software R (versão 4.4.0). Foram aplicados os testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e, conforme a distribuição dos dados, os testes de comparação entre grupos (teste t de Student **ou** Mann-Whitney). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Já os dados qualitativos, provenientes das entrevistas, foram tratados por meio da análise de conteúdo, permitindo a categorização das percepções dos pacientes sobre a fisioterapia no manejo da dor. Todo o procedimento foi conduzido com base nas normas éticas da pesquisa com seres humanos, conforme aprovação do Comitê de Ética (parecer nº 7.314.273).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram abordados 34 pacientes oncológicos no Hospital de Câncer do Maranhão, no período de março a abril de 2025, que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. No entanto, foram excluídos 7 pacientes que se encontravam em estágios iniciais da doença e, portanto, não atendiam aos critérios estabelecidos. O perfil sociodemográfico dos participantes incluídos está descrito na Tabela 1, que apresenta as principais características dos grupos analisados.

Tabela1: Dados sociodemográficos da amostra.

Variável	Intervenção (n=30)	Controle (n=4)
Sexo (fem/masc)	60% / 40%	75% / 25%
Faixa etária (moda)	60 a 69 anos	18 a 29 anos
Escolaridade (moda)	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Estágio (moda)	Estágio IV	Estágio III

Fonte: Próprio autor (2025).

Observou-se uma divergência na distribuição etária e na realização de fisioterapia entre os grupos analisados, o que pode ser atribuído à amostragem por conveniência. Conforme a Tabela 1, houve predominância do sexo feminino em ambos os grupos, sendo mais expressiva no grupo controle (75%). Esse dado é compatível com a literatura, que aponta maior engajamento das mulheres em cuidados com a saúde e em pesquisas científicas (Sebo et al., 2025).

Em relação à faixa etária, o grupo intervenção concentrou-se entre 60 e 69 anos, faixa etária comum em pacientes oncológicos que apresentam comorbidades associadas. Já o grupo controle foi composto majoritariamente por adultos jovens, o que pode influenciar a adesão e indicação da fisioterapia, conforme apontado por Silva et al. (2019). Quanto à escolaridade, ambos os grupos apresentaram predominância de indivíduos com ensino médio completo, refletindo um perfil educacional intermediário, o que pode influenciar positivamente na compreensão e adesão ao tratamento (Silva et al., 2019).

No que diz respeito ao estágio da doença, a maioria dos pacientes do grupo intervenção encontrava-se no estágio IV, enquanto o grupo controle concentrou-se no estágio III. Essa diferença sugere uma priorização da fisioterapia em casos mais avançados, nos quais a dor crônica tende a ser mais significativa (Chelles et al., 2024). No entanto, a ausência de fisioterapia mesmo em pacientes do grupo controle com

estágios avançados (III e IV) revela um dado preocupante, indicando possível subutilização desse recurso terapêutico no contexto hospitalar oncológico.

Para a análise dos níveis de dor, foram utilizados os escores do Questionário de McGill, organizados na Tabela 2. Essa comparação permitiu avaliar a intensidade da dor percebida entre os grupos e refletir sobre o impacto da fisioterapia no manejo da dor crônica.

Tabela 2- Estatísticas descritivas do Índice de Dor Total por grupo

Grupo	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Intervenção	30	38,77	5,48	31	39	48
Controle	4	37,75	4,92	34	36	45

Fonte: Próprio autor (2025).

Verificou-se um número reduzido de pacientes oncológicos sem acompanhamento fisioterapêutico (n = 4), o que pode, inicialmente, parecer positivo. No entanto, a análise dos dados revela que o grupo com fisioterapia apresentou uma média ligeiramente superior no Índice de Dor Total (38,77) em comparação ao grupo sem fisioterapia (37,75), além de maior mediana e valor máximo. Apesar da ausência de significância estatística, essas diferenças podem refletir aspectos subjetivos importantes, como maior verbalização da dor e consciência corporal promovidas pelo processo terapêutico.

Esses achados destacam a necessidade de considerar não apenas dados quantitativos, mas também a experiência individual dos pacientes no contexto da dor crônica oncológica. Segundo Santos et al. (2023), a baixa adesão à fisioterapia por pacientes oncológicos geralmente não se deve à falta de indicação clínica, mas sim a obstáculos como escassez de profissionais, desconhecimento por parte da equipe médica, limitações físicas dos pacientes e desinformação sobre os benefícios da fisioterapia em diferentes fases da doença.

Fernando et al. (2022) complementam que muitos pacientes desconhecem a fisioterapia como parte do tratamento oncológico, especialmente na ausência de queixas motoras, limitando sua percepção sobre os efeitos positivos da fisioterapia no controle da dor e no alívio do sofrimento emocional. Esse entendimento restrito é refletido nos escores dos domínios avaliados pelo Questionário de McGill (Tabela 3), que evidenciam níveis significativos de dor mesmo em pacientes sem déficits motores aparentes.

Tabela 3: Descrição dos domínios avaliados no questionário de McGill

Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	Total
Controle	40,60	22,00	7,80	20,50	96,90
Intervenção	42,29	23,00	8,36	28,93	102,57

Fonte: Próprio autor (2025).

Os resultados obtidos com o Questionário de Dor de McGill indicaram diferenças nos escores médios dos domínios sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea entre pacientes oncológicos que realizaram fisioterapia e aqueles que não foram submetidos à intervenção. Em todos os domínios avaliados, os pacientes que receberam fisioterapia apresentaram escores médios mais elevados: sensorial (42,29 vs. 40,60), afetivo (23,00 vs. 22,00), avaliativo (8,36 vs. 7,80), miscelânea (28,93 vs. 26,50) e escore total (102,57 vs. 96,90).

Esse aumento pode refletir uma maior capacidade de percepção e verbalização da dor, favorecida pelas intervenções fisioterapêuticas que promovem educação em saúde, estratégias de enfrentamento e conscientização corporal. Assim, pacientes acompanhados pela fisioterapia tendem a identificar e relatar de forma mais precisa as características de sua dor (INCA, 2023).

O Questionário de McGill permite uma avaliação multidimensional da dor, considerando aspectos físicos e emocionais distribuídos nos quatro domínios mencionados. Os dados detalhados estão apresentados na Tabela 4, proporcionando uma visão mais aprofundada da experiência dolorosa desses pacientes.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas dos domínios sensorial e afetivo

Domínio	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Sensorial	Intervenção	3,50	0,51	3,0	3,5	4,0
Sensorial	Controle	3,75	0,50	3,0	4,0	4,0
Afetivo	Intervenção	8,10	1,67	6,0	8,0	10,0
Afetivo	Controle	7,50	1,73	6,0	7,0	10,0

Fonte: Próprio autor (2025).

No domínio sensorial, que se refere às características físicas da dor, os valores foram semelhantes entre os grupos: média de 3,50 (DP = 0,51) no grupo com fisioterapia e 3,75 (DP = 0,50) no grupo sem fisioterapia. Esses dados sugerem que a intervenção fisioterapêutica, por si só, não promoveu uma redução imediata dos aspectos sensoriais da dor — o que é compreensível, considerando a complexidade

do quadro oncológico e o tempo relativamente curto de acompanhamento relatado pela amostra. Conforme apontam Andrade et al. (2021), os efeitos da fisioterapia sobre esse domínio tendem a ocorrer de forma progressiva, sobretudo quando associados a estratégias de cuidado continuado e abordagem interdisciplinar.

No domínio afetivo, os escores foram mais elevados entre os pacientes submetidos à fisioterapia, com média de 8,10 (DP = 1,67), em comparação aos pacientes sem fisioterapia, cuja média foi de 7,50 (DP = 1,73). Essa diferença pode refletir uma maior consciência emocional da dor, possivelmente estimulada pela interação terapêutica, escuta clínica ativa e práticas de educação corporal presentes nas sessões fisioterapêuticas. Segundo Silva et al. (2022), o vínculo terapêutico estabelecido nesse contexto favorece o reconhecimento dos componentes emocionais da dor, contribuindo para um manejo mais consciente e integrado da experiência dolorosa.

Ainda que as diferenças observadas entre os grupos não tenham alcançado significância estatística, a análise dos domínios revela aspectos clínicos relevantes. A fisioterapia pode não apenas atuar no alívio direto da dor, mas também influenciar a forma como os pacientes a percebem e a processam emocionalmente, reforçando a necessidade de uma abordagem integrativa no tratamento da dor oncológica, que contemple tanto os fatores físicos quanto os psicossociais.

De modo geral, os resultados obtidos por meio do Questionário de Dor de McGill demonstraram que, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores totais de dor entre os grupos com e sem fisioterapia, os pacientes acompanhados por fisioterapeutas apresentaram médias ligeiramente mais elevadas. Tal diferença, embora sutil, pode estar relacionada à maior consciência corporal e emocional adquirida no processo terapêutico. Lima et al. (2024) ressaltam que a fisioterapia, ao promover a escuta do corpo e a sensibilização à dor, pode ampliar a percepção sensorial e afetiva, mesmo sem promover alívio imediato da dor.

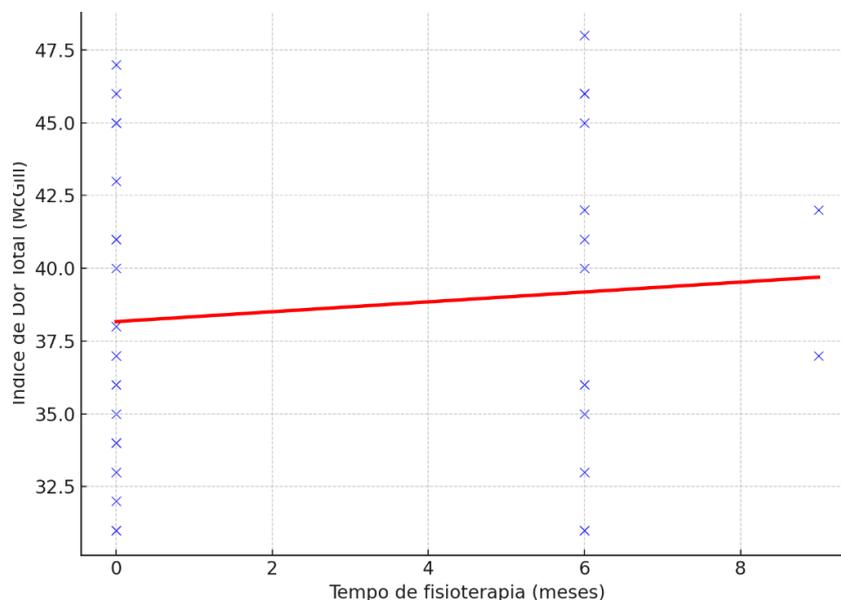
Por outro lado, o grupo sem fisioterapia, além de numericamente reduzido, apresentou escores semelhantes, o que pode indicar tanto uma percepção subestimada da dor quanto dificuldades na verbalização e no reconhecimento de suas múltiplas dimensões. Esse fenômeno está alinhado com Almeida et al. (2021), que destacam que pacientes não acompanhados por equipes multiprofissionais tendem a

subnotificar sintomas dolorosos, seja por desconhecimento, medo ou naturalização da dor como parte inevitável do processo oncológico.

Por fim, com o objetivo de avaliar se o tempo de acompanhamento fisioterapêutico possui relação com a intensidade da dor percebida, foi realizada uma análise de correlação utilizando o teste de Spearman. Para tanto, o tempo de acompanhamento foi transformado em uma escala ordinal, com as categorias: “Nunca fiz” (0), “Mais ou menos 6 meses” (6) e “De 6 a 12 meses” (9). O resultado dessa análise encontra-se ilustrado no Gráfico 1

Gráfico 1 – Correlação entre tempo de fisioterapia e índice de dor.

Gráfico 1 – Correlação entre tempo de fisioterapia e índice de dor.



Fonte: Software R (Versão 4.4.0, 2025)

Observou-se uma correlação fraca e positiva entre o tempo de fisioterapia e o nível total de dor, com coeficiente de Spearman igual a 0,11 e valor de $p = 0,52$, o que indica ausência de significância estatística. Esse resultado sugere que o tempo de acompanhamento fisioterapêutico, isoladamente, não exerceu influência direta e significativa sobre a intensidade da dor crônica referida pelos participantes da amostra.

Apesar da correlação baixa, o padrão de dispersão evidenciado no Gráfico 1 reforça a complexidade inerente à dor oncológica crônica. A distribuição dos dados demonstra que a percepção da dor não está linearmente associada ao tempo de tratamento, mas sim a um conjunto de variáveis multifatoriais. Essa observação é

consistente com a literatura, que aponta que os efeitos da fisioterapia na dor oncológica dependem de múltiplos fatores — incluindo a técnica empregada, frequência das sessões, adesão do paciente e contexto psicossocial (Reis et al., 2020).

A análise dos dados indica que a dor oncológica deve ser compreendida a partir de uma perspectiva biopsicossocial, na qual aspectos físicos, emocionais e cognitivos estão interligados. Nesse sentido, o tempo de fisioterapia pode não ser, por si só, o principal preditor da melhora da dor, especialmente quando o número de sessões, a abordagem terapêutica utilizada e o grau de comprometimento dos pacientes variam consideravelmente.

Apesar da ausência de significância estatística, a percepção subjetiva dos participantes revelou-se um dado relevante: dois terços dos pacientes (66,7%) que realizaram fisioterapia relataram melhora da dor. Esse resultado, apresentado na Tabela 5, evidencia a importância do acolhimento, da escuta terapêutica e da humanização no processo de reabilitação, elementos frequentemente incorporados ao cuidado fisioterapêutico.

Tais achados estão em consonância com o objetivo geral deste estudo, que buscou compreender a percepção dos pacientes oncológicos sobre o impacto da fisioterapia no manejo da dor crônica. Verificou-se que os benefícios da intervenção não se limitam a resultados quantitativos mensuráveis, mas também se manifestam de forma subjetiva, traduzindo-se em maior conforto, funcionalidade e qualidade de vida.

Reis et al. (2020) ressaltam que, em pacientes oncológicos, a resposta à dor envolve uma rede complexa de fatores emocionais, sociais e cognitivos. Portanto, a eficácia da fisioterapia deve ser analisada dentro de um contexto ampliado, que considere a individualidade de cada paciente, o estágio clínico da doença e o histórico de intervenções anteriores.

Tabela 5 – Percepção dos pacientes quanto à melhora da dor com a fisioterapia (n=30)

Resposta	Frequência	Percentual (%)
Sim	20	66,7%
Não	10	33,3%

Fonte: Próprio autor (2025).

A predominância de respostas afirmativas sugere que, mesmo na ausência de diferenças estatisticamente significativas nos escores objetivos de dor, a percepção individual dos pacientes pode evidenciar benefícios reais associados à intervenção fisioterapêutica. Esse achado reforça a importância de se considerar a dimensão subjetiva da dor como um elemento essencial na avaliação terapêutica, sobretudo no contexto oncológico, no qual fatores emocionais, psíquicos e sociais interagem de forma intensa com os sintomas físicos.

A escuta ativa e a valorização do relato do paciente configuram-se como ferramentas fundamentais no manejo da dor crônica, estando diretamente vinculadas à empatia clínica, um dos pilares da fisioterapia humanizada. Conforme discutido por Lima et al. (2022), a percepção de melhora relatada pelo paciente deve ser compreendida não apenas como um indicador terapêutico, mas também como um marcador de adesão e engajamento ao tratamento.

Dessa forma, a convergência entre dados quantitativos e relatos qualitativos amplia a compreensão acerca da efetividade das intervenções fisioterapêuticas e possibilita a formulação de estratégias mais individualizadas, condizentes com as necessidades reais e subjetivas de cada indivíduo.

Vale ressaltar que o objetivo principal deste estudo não foi medir a eficácia da fisioterapia na redução da dor, mas comparar a percepção dolorosa entre pacientes oncológicos com e sem acompanhamento fisioterapêutico, considerando aspectos objetivos e subjetivos. Entre as limitações estão o número reduzido de participantes no grupo controle, a amostragem por conveniência e o curto período de acompanhamento, fatores que restringem a generalização dos resultados. Sugere-se a realização de pesquisas com amostras maiores e delineamento longitudinal para aprofundar as evidências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram que, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de dor entre os pacientes oncológicos que receberam fisioterapia e aqueles que não foram submetidos a essa intervenção, emergiram evidências clínicas e subjetivas de relevância. A análise da dor, considerando suas dimensões sensorial e afetiva, aliada aos relatos dos próprios participantes, sugere que a fisioterapia pode exercer um

papel significativo na forma como esses pacientes interpretam e enfrentam a dor crônica associada ao câncer.

A média ligeiramente mais elevada no índice geral de dor entre os participantes submetidos à fisioterapia não deve ser interpretada como um indicativo de ineficácia da intervenção, mas sim como reflexo de uma maior consciência corporal e emocional desenvolvida ao longo do processo terapêutico. Tal achado destaca a importância da escuta ativa, do fortalecimento da relação profissional-paciente e da adoção de uma abordagem ampliada, centrada no cuidado humanizado.

Outro aspecto relevante observado foi o relato de alívio da dor pela maioria dos pacientes que realizaram fisioterapia, o que ressalta o papel da vivência subjetiva na avaliação dos resultados terapêuticos. Esses achados evidenciam que os efeitos da fisioterapia transcendem as métricas objetivas, abrangendo fatores psicossociais que impactam diretamente a qualidade de vida.

Adicionalmente, a reduzida quantidade de pacientes que não realizaram fisioterapia, embora pequena, evidencia a presença de barreiras estruturais e informacionais que ainda dificultam a inclusão sistemática dessa prática nos atendimentos hospitalares. Essa constatação reforça a necessidade da implementação de políticas públicas que garantam a inserção contínua da fisioterapia nos cuidados oncológicos, desde o diagnóstico até as fases avançadas da doença.

Conclui-se, portanto, que a fisioterapia deve ser reconhecida como uma ferramenta essencial no manejo multidimensional da dor oncológica, contribuindo não apenas para a funcionalidade física, mas também para o acolhimento e alívio do sofrimento subjetivo. Com base nos dados obtidos e nas análises realizadas, afirma-se que os objetivos propostos neste estudo foram plenamente alcançados.

O perfil sociodemográfico da amostra foi adequadamente caracterizado, permitindo a contextualização dos resultados e a identificação de desigualdades no acesso à fisioterapia entre os pacientes oncológicos avaliados. Por meio da aplicação do Questionário de Dor de McGill, foi possível correlacionar os níveis de dor à presença ou ausência da intervenção fisioterapêutica, evidenciando tanto os aspectos objetivos quanto subjetivos da experiência dolorosa.

A percepção subjetiva dos pacientes reforçou a relevância da fisioterapia como estratégia complementar no tratamento da dor oncológica, revelando benefícios que extrapolam os indicadores convencionais e se manifestam na experiência individual de cuidado. O reconhecimento da subjetividade do paciente e a valorização

de suas percepções devem nortear intervenções mais humanizadas, personalizadas e eficazes.

Por fim, recomenda-se a ampliação de pesquisas com amostras mais robustas e delineamento longitudinal, a fim de consolidar as evidências científicas e orientar práticas fisioterapêuticas mais abrangentes, inclusivas e integradas no contexto da oncologia

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, R. L. T. M. *Prevalência e incidência de dor neuropática relacionada ao câncer em uma população de alta vulnerabilidade social*. 2023. 63 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/tede/4947>.
- ALMEIDA, F. T. et al. Subnotificação da dor em pacientes oncológicos: uma barreira para o cuidado multidisciplinar. **Revista Dor**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45–52, 2021.
- ANDRADE, T. M. de et al. Efeitos da fisioterapia na dor oncológica: uma revisão integrativa. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 34, p. e34112, 2021.
- AGUIAR DA SILVA QUARESMA, E.; SANTANA, C. S. C.; JARDIM, R. M. F. V. S.; RICHTRMOC, M. K. F. de F. Fisioterapia oncológica e qualidade de vida em cuidados paliativos: uma revisão da literatura. **Journal of Hospital Sciences**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 36–45, 2023.
- ALVES, F. O. et al. Atuação da fisioterapia no paciente oncológico traqueostomizado: uma revisão narrativa / Physical therapy in tracheostomized oncology patients: a narrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20183–20201, 2021.
- ALVES, R. S. F. et al. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.
- BONFIM, L. N. Câncer de pele: medidas preventivas e perfil epidemiológico na região nordeste do Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 467–481, 2023.
- BORCHARTT, D. B. et al. Avaliação das dimensões da dor no paciente oncológico. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 266, p. 4308–4317, 2020.
- CAETANO, G. P.; SANTOS, G. M.; ORSOLIN, P. C. A influência dos fatores genéticos no desenvolvimento do câncer de mama / The influence of genetic factors in the development of breast cancer. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 8555–8565, 2022.

CHELLES, P. A. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. e-154522, 2024.

CARLOS, C. A. L. V.; TEIXEIRA, K. M. D. **Oncological diagnosis and treatment: reflection on the changes in the life of the patient and his family.** *Zenodo*, 2023.

CHELLES, P. A. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, 2024.

COELHO, A. S. et al. Hereditary predisposition to breast cancer and its relation to the BRCA1 and BRCA2 genes: *literature review*. **RBAC – Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 50, n. 1, 2018.

CHELLES, P. A.; OLIVEIRA, L. C.; COUTO, L. S.; SAMPAIO, S. G. M.; LIMA, F. L. T.; BERGMANN, A. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1,

CUNHA, N. S.; SINHORIM, L. et al. Saúde da mulher: dor crônica e funcionalidade de sobreviventes de câncer de mama. **SciELO Press Releases**, 2022.

DA SILVA, E. P. et al. Benefícios dos cuidados paliativos fisioterapêuticos em pacientes com câncer de pulmão. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**, v. 11, n. 2, p. 1–7, 2022.

DO NASCIMENTO, Í. M. B.; MARINHO, C. L. F.; COSTA, R. O. A contribuição da fisioterapia nos cuidados em pacientes com dor oncológica. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 54, n. 1, 2017. DOI: 10.46311/2318-0579.54.eUJ21.

DE SOUZA ALMEIDA, J. T.; SCHNEIDER, L. F. A importância da atuação fisioterapêutica para manter a qualidade de vida dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 168–177, 2019

DALLOULF, F. A.; PINHEIRO, P. F.; OLIVEIRA, C. H. O.; MELO, D. B. D.; POSSEBON, L.; GIROL, A. P. Epidemiologia do câncer no sistema de saúde pública de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cuidados Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 28–34, jan./jun. 2020.

DE AQUINO TAVARES, A. T. et al. Manejo da dor oncológica pela equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, 2021.

DORANTES GARCÍA, J. *Cálculo de dimensión fractal y entropía en tumores benignos y malignos*. Puebla: **Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**, 2021.

FERNANDES, M. L. B. et al. Barreiras para o acesso à fisioterapia em pacientes oncológicos: percepções de usuários em cuidados paliativos. **Repositório da Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, 2022.

FERREIRA, C. A. Z. *Perfil epidemiológico de casos de melanoma cutâneo atendidos no HC Unesp Botucatu e características associadas ao estadiamento inicial*. 2023.

GARCÍA-CURDI, F. et al. Correlation between PET/CT and CT in the staging prior to the treatment of head and neck squamous cell carcinoma. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 87, p. 11–18, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 112 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Guia fisioterapêutico para avaliação e manejo da dor no câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2023..

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *IASP terminology – acute and chronic pain definitions*. 2021.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9788595159174.

LIMA, L. D. et al. Efeitos da fisioterapia no manejo da dor crônica em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 28, n. 1, p. 45–52, 2024.

LIMA, A. C. et al. Construção de um guia para avaliação e manejo fisioterapêutico da dor em pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 70, n. 1, p. 1–10, 2024.

LEITE, A. N. F.; ANTUNES, A. R. D. S.; COSTA, G. M. M. D. O. Atuação da fisioterapia no manejo da dor e sintomas no cuidado paliativo em pacientes oncológicos avançados: uma revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 43, 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). *Mapa da obesidade*. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 23 set. 2024.

MACHADO, V. M. S. et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 3, 2021.

MACIEL, M. G. S. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Prática Hospitalar*, 2019.

- MAIA, A. B. F. et al. Intervenções fisioterapêuticas nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Revista UNILUS: Ensino e Pesquisa**, v. 17, n. 49, out./dez. 2020.
- MELLO, F. et al. Dor, depressão, ansiedade e qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, v. 7, n. 1, p. 19–34, 2024.
- MELZACK, R. O Questionário de Dor McGill: principais propriedades e métodos de pontuação. *Dor*, v. 1, n. 3, p. 277–299, set. 1975.
- MENEZES, L. C. B. B.; MIRANDA, M. K. V. Percepção da dor em pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 19, p. e10937, 19 set. 2022. DOI: 10.25248/reaenf.e10937.2022.
- MACHADO, A. S.; GUILHEM, D. Perfil das internações por neoplasias no Sistema Único de Saúde: estudo de séries temporais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 83, 2021.
- MEYERS, C. A. et al. Neurocognitive function and quality of life in patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 37, n. 30, p. 2790–2798, 2019.
- NASCIMENTO, J. C. C.; CAMPOS, J. S.; VIEIRA, V. P.; BARBOSA, M. C. R. Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 32, p. 51–61, 2020.
- NERI, J. L. S. A. *Ingestão dietética e índice inflamatório dietético associado ao estadiamento tumoral em pacientes com neoplasia da tireoide no estado do Rio Grande do Norte*. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.
- NGAMKHAM, S. et al. O Questionário de Dor McGill como medida multidimensional em pessoas com câncer: uma revisão integrativa. **Pain Management Nursing, Saint Louis**, v. 13, n. 1, p. 27–51, mar. 2012.
- NOVIKOFF, C. Proposições científicas e éticas aplicadas em entrevista e questionário. **Revista Valore**, [S. l.], v. 5, p. e-5027, 2021. DOI: 10.22408/reva502020472e-5027.
- OLIVEIRA, J. L.; PEREIRA, T. B.; LIMA, D. G. V. H. Tratamento da dor oncológica com liberação miofascial no paciente com câncer de mama. **Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José**, v. 19, n. 2, 2023.
- OPPERMANN, C. P. *Entendendo o câncer*. Porto Alegre: Grupo A, 2014. **E-book. ISBN 9788582710524**.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. ed. v. 1. São Paulo: Edusp, 1997.

PAIVA, E. D. S. et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, p. 292–296, 2006.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, abr. 2012.

PEREIRA, E. A.; GOMES, L. L. C.; SILVA, R. M. Papel do fisioterapeuta no tratamento de pacientes oncológicos adultos. **Revista Revolua**, v. 3, n. 1, p. 502–512, 2024.

RANGEL, J. C. Atuação fisioterapêutica nos cuidados do paciente com dor oncológica: revisão narrativa. *Universidade de Taubaté – UNITAU: Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI, Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI*, 2020.

ROCHA, A. P. C. et al. Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 94–105, fev. 2007.

REIS-PINA, P. et al. Manejo da dor relacionada ao câncer e o uso ideal de opioides. **Acta Médica Portuguesa**, v. 28, n. 3, p. 376–381, 2015.

SANTOS, M. O. et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023–2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, p. e–213700, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700.

SILVA, C. M.; MACIEL, N. M.; QUEIROS, F. J. G. Medicamentos quimioterápicos no tratamento do câncer. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141279, 2024.

SILVA, D. V. da et al. Prevalência de idade e gênero e sua correspondência com os setores de fisioterapia ambulatorial de um instituto de ortopedia e traumatologia de referência da cidade de São Paulo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 394–400, 2019.

SOUZA, P. M. de et al. Intervenções fisioterapêuticas na dor lombar crônica: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3379–3395, 2023.

SOUZA, M. A. et al. Intervenções fisioterapêuticas e percepção de dor em pacientes com câncer: um estudo clínico. **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, n. 2, e361234, 2023.

SOARES, M. B. *Impacto da fisioterapia na dor de pacientes com neoplasia pulmonar*. 2022.

SOUZA, L. M. et al. Barreiras institucionais ao acesso à reabilitação em oncologia no Sistema Único de Saúde. **LUME – Repositório Digital da UFRGS**, 2023.

SANTOS, D. A. S. et al. Fisioterapia em oncologia: revisão de escopo sobre acesso e efetividade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 4, p. 1–8, 2023.

SILVA, T. M. et al. Impacto da fisioterapia na percepção da dor em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, 2022.

SILVA, D. V. da et al. Prevalência de idade e gênero e sua correspondência com os setores de fisioterapia ambulatorial de um instituto de ortopedia e traumatologia de referência da cidade de São Paulo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 394–400, 2019.

SEBO, P. et al. Increasing participation and completion rates in questionnaire surveys of primary care patients: cluster-randomized study. **Interactive Journal of Medical Research**, v. 14, e67981, 2025.

SOBRAMID et al. *Tratado de dor oncológica*. 1. ed. Rio de Janeiro: **Atheneu**, 2019. p. 19–493.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V. de; RESENDE, M. A. de. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 339–346, 2005.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TABATCHNIK, J. S.; SANTOS, L. T.; BRANCO, A. L. C. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor em mulheres pós-mastectomizadas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 7, n. 2, 2021.

VARANDAS, C. M. B. *Fisiopatologia da dor*. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

VASCONCELOS, P. P. et al. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 2, n. 1, 2008.

VIESSER, J. F.; LIMA, C. H. L.; ZANCAN, M. Modalidades fisioterapêuticas no manejo da dor neuropática induzida pelo tratamento do câncer de mama: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, n. 1, e064392, 2024.

VITOR, R. F. et al. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. 2008.

WIERMANN, E. G. et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 10, n. 38, 2014

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO QUANTO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO COMO FERRAMENTA DE MANEJO DE DOR CRÔNICA

Pesquisador: JANICE REGINA MOREIRA BASTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85611224.3.0000.8707

Instituição Proponente: COLEGIO DOM BOSCO LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.314.273

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e quali-quantitativa, a ser desenvolvida como parte de um trabalho de conclusão de curso do Centro

Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB), com o objetivo de investigar a percepção de pacientes oncológicos adultos sobre o

papel da fisioterapia no manejo da dor crônica. O estudo será realizado com pacientes oncológicos atendidos no Hospital de Oncologia do Maranhão

Dr Tarquínio Lopes Filho, localizado na cidade de São Luís/MA, instituição de referência em tratamentos oncológicos de alta

complexidade. Inicialmente, foi solicitada à Secretaria Estadual de Saúde de São Luís do Maranhão e à direção do Hospital de Oncologia do

Maranhão Dr Tarquínio Lopes Filho em São Luís a carta de anuência (anexo A). Após a aprovação do Comitê de Ética e para garantir uma amostra

para o estudo, serão adotadas estratégias de divulgação que envolve uso de materiais informativos (folders e Apêndice E), que serão distribuídos na

recepção do hospital nos dias de atendimentos dos pacientes. O folder será desenvolvido para fornecer informações detalhadas sobre a pesquisa e

como os pacientes podem participar. Os responsáveis pelo setor oncológico do hospital permitirão que o pesquisador se reúna com os pacientes

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Norte, Térreo, Sala CEP

Bairro: Renascença

CEP: 65.075-441

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)4009-7074

E-mail: cep@undb.edu.br

ANEXO B – Termo de Autorização para Execução de Pesquisa



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO MARANHÃO DR. TARQUÍNIO LOPES FILHO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA

Eu, **Dr. Igor Marcelo Castro e Silva**, abaixo assinado, que ocupo o cargo de Coordenador do COCEPE (Conselho Coordenador do Ensino da Pesquisa e da Extensão) do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, autorizo a realização da pesquisa “Percepção do Paciente Oncológico Adulto quanto ao Tratamento Fisioterapêutico como Ferramenta de Manejo de Dor Crônica”, a ser realizada pelo pesquisador (a) Jeferson Pinto Mendes, sob orientação de Janice Regina Moreira Bastos.

Os pesquisadores devem conhecer e cumprir todas as resoluções Éticas Brasileiras para pesquisas em humanos, em especial a resolução CNS 466/12, respeitar a fonte de pesquisa e guardar os princípios éticos previstos pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). Em caso de descumprimento, a instituição se resguarda a não permitir a continuidade da pesquisa.

A pesquisa deverá ter autorização do CEP credenciado ao CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), devendo estar cadastrada na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP.

São Luís-MA, 25 de Novembro de 2024.

Prof. Igor Marcelo Castro e Silva
Coordenador COCEPE
CRM-MA: 5710

Igor Marcelo Castro e Silva
Professor Dr. Igor Marcelo Castro e Silva
Coordenação de Ensino e Pesquisa - COCEPE

Rua São Pantaleão S/N, Madre Deus - CEP:65015-460 - São Luís - MA
Fone: (98) 3218-8600 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ANEXO C - Termo de Autorização para Execução de Pesquisa



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO MARANHÃO DR. TARQUÍNIO LOPES FILHO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA

Eu, Ademar Soares, Diretor Geral desta instituição, abaixo assinado, autorizo a realização da pesquisa “Percepção do Paciente Oncológico Adulto quanto ao Tratamento Fisioterapêutico como Ferramenta de Manejo de Dor Crônica”, sob responsabilidade do pesquisador (a) Jeferson Pinto Mendes, sob orientação de Janice Regina Moreira Bastos.

Declaro conhecer e cumprir a resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento do estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Em caso de descumprimento, a instituição se resguarda a não permitir a continuidade da pesquisa.

São Luís - MA, 25 de Novembro de 2024.

Ademar Soares
Diretor Geral
Hospital de Oncologia do Maranhão

ADEMAR SOARES
Diretor Geral

Rua São Pantaleão S/N, Madre Deus - CEP.65015-460 - São Luís - MA
Fone: (98) 3218-8600 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ANEXO D – Carta de Anuência



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO
DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Processo nº: 2024.110222.43603

Assunto: Pesquisa - Jeferson Mendes

DECLARAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos que o projeto de pesquisa "PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO QUANTO AO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM RELAÇÃO AO MANEJO DE DOR CRÔNICA", oriundo do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Dom Bosco - UNDB e de autoria da PROFA. MA. JANICE REGINA MOREIRA BASTOS e do discente JEFERSON PINTO MENDES está apto para início de pesquisa de campo em nossa rede estadual de saúde.

A equipe executora solicitou autorização para realização da coleta de dados no HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO MARANHÃO DR. TARQUÍNIO LOPES FILHO através da aplicação de questionários semiestruturados. A pesquisa inicia em 03/02/2025 e encerra em 30/04/2025. O parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa está em anexo.

São Luís, *data da assinatura eletrônica.*

Atenciosamente,

ANA LÚCIA NUNES
DIREÇÃO ADMINISTRATIVA
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ID 00306785-03

ANEXO E – Questionário de McGill

<p>1</p> <p>1- Vibração 2- Tremor 3- Pulsante 4- Latejante 5- Como batida 6- Como pancada</p> <p>2</p> <p>1- Pontada 2- Choque 3- Tiro</p> <p>3</p> <p>1- Agulhada 2- Perfurante 3- Facada 4- Punhalada 5- Em lança</p> <p>4</p> <p>1- Fina 2- Cortante 3- Estraçalha</p> <p>5</p> <p>1- Beliscão 2- Aperto 3- Mordida 4- Cólica 5- Esmagamento</p>	<p>6</p> <p>1- Fisgada 2- Puxão 3- Em torção</p> <p>7</p> <p>5- Calor 6- Queima 7- Fervente 8- Em brasa</p> <p>8</p> <p>5- Formigamento 6- Coceira 7- Ardor 8- Ferroada</p> <p>9</p> <p>6- Mal localizada 7- Dolorida 8- Machucada 9- Doída 10- Pesada</p> <p>10</p> <p>5- Sensível 6- Esticada 7- Esfolante 8- Rachando</p>	<p>11</p> <p>3- Cansativa 4- Exhaustiva</p> <p>12</p> <p>3- Enjoada 4- Sufocante</p> <p>13</p> <p>4- Amedrontadora 5- Apavorante 6- Aterrorizante</p> <p>14</p> <p>6- Castigante 7- Atormenta 8- Cruel 9- Maldita 10- Mortal</p> <p>15</p> <p>3- Miserável 4- Enlouquecedora</p> <p>16</p> <p>6- Chata 7- Que incomoda 8- Desgastante 9- Forte 10- Insuportável</p>	<p>17</p> <p>5- Espalha 6- Irradia 7- Penetra 8- Atravessa</p> <p>18</p> <p>6- Aperta 7- Adormece 8- Repuxa 9- Espreme 10- Rasga</p> <p>19</p> <p>4- Fria 5- Gelada 6- Congelante</p> <p>20</p> <p>6- Aborrecida 7- Dá náusea 8- Agonizante 9- Pavorosa 10- Torturante</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------