

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIANA PAOLILO FERREIRA
YASMIN CARVALHO DOS ANJOS

**AVALIAÇÃO DA CATASTROFIZAÇÃO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DE UMA CASA DE APOIO DE ARACAJU-SE**

Aracaju
2023

MARIANA PAOLILO FERREIRA
YASMIN CARVALHO DOS ANJOS

**AVALIAÇÃO DA CATASTROFIZAÇÃO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DE UMA CASA DE APOIO DE ARACAJU-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Tiradentes como um dos pré-
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADORA:
MARIA JANE DAS
VIRGENS AQUINO

Aracaju
2023

AVALIAÇÃO DA CATASTROFIZAÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DE UMA CASA DE APOIO DE ARACAJU-SE

Mariana Paolilo Ferreira¹; Yasmin Carvalho dos Anjos¹; Maria Jane das Virgens Aquino²

¹Discente do curso de Fisioterapia da UNIT, ²Docente do curso de Fisioterapia da UNIT

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor crônica em pacientes oncológicos é uma condição comum. Esses pacientes tendem a relatar que a dor está presente no pensamento durante todo o tempo, e quando essa atenção se torna constante, poderá haver uma catastrofização do sentimento doloroso. A fisioterapia oncológica, tem o objetivo de minimizar efeitos colaterais e complicações que possam surgir durante todo o tratamento, com o objetivo de promover ou manter uma funcionalidade ideal, sendo ela física, sensorial, psicológica, intelectual ou social. **OBJETIVO:** Avaliar a catastrofização da dor em pacientes oncológicos, que são assistidos por uma casa de apoio de Aracaju- SE, sendo submetidos a tratamento fisioterapêutico. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, de caráter transversal e de campo, com abordagem quantitativa e amostra por conveniência. Foram incluídos pacientes que realizavam tratamento fisioterapêutico, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, que estavam ou já haviam finalizado o tratamento com quimioterapia ou radioterapia. Os pacientes responderam ao questionário sociodemográfico e, posteriormente, foram avaliados em relação a intensidade dor através da Escala numérica de 11 pontos, e a catastrofização através da Escala de Catastrofização da dor. **RESULTADOS:** Foram recrutados 23 pacientes sendo 3 do sexo masculino e 20 do sexo feminino, que realizaram ou estavam em tratamento oncológico, com média de idade foi de 57,52 ($\pm 9,04$)anos. De acordo com as escalas aplicadas, pode-se observar que quanto maior a intensidade de dor maior a catastrofização relatada pelos pacientes. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a maior parte dos pacientes eram do sexo feminino, com diagnóstico de câncer de mama, com uma intensidade de dor leve, e um nível de catastrofização de 28,83 ($\pm 12,31$).

DESCRITORES: Câncer; Catastrofização; Dor; Terapia por exercício.

EVALUATION OF CATASTROPHY IN ONCOLOGY PATIENTS SERVED BY THE PHYSIOTHERAPY SERVICE OF A SUPPORT HOUSE IN ARACAJU-SE

Mariana Paolilo Ferreira¹; Yasmin Carvalho dos Anjos¹; Maria Jane das Virgens Aquino²

¹Discentes do curso de Fisioterapia da UNIT, ²Docente do curso de Fisioterapia da UNIT

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic pain in cancer patients is a common condition. These patients tend to report that pain is present in their thoughts all the time, and when this attention becomes constant, there may be a catastrophization of the painful feeling. Oncology physiotherapy aims to minimize side effects and complications that may arise throughout the treatment, with the aim of promoting or maintaining ideal functionality, whether physical, sensorial, psychological, intellectual or social. **OBJECTIVE:** To evaluate pain catastrophizing in cancer patients, who are assisted by a support house in Aracaju-SE, undergoing physiotherapeutic treatment. **METHODOLOGY:** This is an observational, analytical, cross-sectional and field study, with a quantitative approach and convenience sampling. Patients undergoing physiotherapeutic treatment, of both sexes, aged over 18 years, who were or had already completed treatment with chemotherapy or radiotherapy were included. The patients answered to the sociodemographic questionnaire and were subsequently evaluated in relation to pain intensity using the 11-point numerical scale, and catastrophizing using the Pain Catastrophizing Scale. **RESULTS:** 23 patients were recruited, 3 male and 20 female, who had undergone or were undergoing oncological treatment, with a mean age of 57.52 ± 9.04 years. According to the scales applied, it can be observed that the greater the pain intensity, the greater the catastrophizing reported by patients. **CONCLUSION:** It was concluded that the majority of patients were female, diagnosed with breast cancer, with mild pain intensity, and a catastrophizing level of $28.83 (\pm 12.31)$.

DESCRIPTORS: Cancer; Catastrophizing; Pain; Exercise therapy.

1 INTRODUÇÃO

O câncer, de modo geral, corresponde a um grupo de doenças, que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, dividindo-se rapidamente. Esse processo decorre de várias alterações no DNA da célula, chamada mutação. Esta proliferação tende a ser muito agressiva e incontrolável, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar para outras regiões do corpo (metástases) (DE JESUS, 2021).

Estima-se que no triênio de 2023 a 2025 ocorram cerca de 704 mil casos novos de câncer no Brasil. As estimativas para o ano de 2023 por região, com taxas baseadas na incidência por 100 mil habitantes, apresentam as regiões Sudeste e Nordeste como as líderes de números de casos novos, com 345.230 e 152.930 casos, respectivamente, seguidas pelas regiões Sul (129.120 casos), Centro-Oeste (51.340 casos) e Norte (25.460 casos) (SANTOS *et al.*, 2023).

O tumor maligno mais incidente no Brasil atualmente é o de pele não melanoma referindo 31,3% do total de casos, seguido pelo de mama feminina que refere 10,5%, próstata 10,2%, cólon e reto 6,5%, pulmão 4,6% e estômago 3,1%. Especificando por sexo, os dados mais atuais trazem na população masculina que o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Já na população feminina, o câncer de mama é o mais incidente (depois do câncer de pele não melanoma).(INCA,2023).

Mostrando também que para o sexo masculino nas regiões de maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), os tumores malignos de cólon e reto ocupam a segunda ou terceira posição, sendo que, nas de menor IDH, o câncer de estômago é o segundo ou terceiro mais frequente. Para o sexo feminino nas regiões com maior IDH, em seguida vem o câncer de colorretal e na de menor IDH, o câncer de colo de útero ocupa essa posição (INCA,2023; MINISTERIO DA SAÚDE, 2023).

Já em Sergipe, os mais incidentes são os de próstata e pulmão entre os homens, e mama, colo uterino e tireoide entre as mulheres. Trazendo a região de Aracaju, naturalmente, como a líder de número de casos (GOVERNO DE SERGIPE, 2023).

Havendo possibilidade de cura, se diagnosticados precocemente, receber o tratamento adequado pode promover melhores taxas de sobrevivência dos pacientes, e na maioria dos casos, boa qualidade de vida. O tratamento geralmente é agressivo, onde se

tem o objetivo de cura ou remissão da doença. A terapia na maioria das vezes é multimodal, incluindo cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia (SALVETTI *et al.*, 2020).

Devido à repercussão dos inúmeros procedimentos que são envolvidos no tratamento do câncer, alguns sintomas podem se tornar recorrentes e contínuos, sendo assim, o caso da dor crônica. O paciente que possui a dor crônica relata que não se esquece da dor durante nenhum momento, consideram-na “dor normal”, para diferenciar de outras dores, por essa está sempre presente.(QUARTANA *et al.*, 2009).

Devido ao seu quadro clínico, é comum sentir-se preocupado e chateado com essa dor, no entanto, se o foco da atenção na dor é constante e o paciente está sempre pensando no pior dos cenários, ele pode estar catastrofizando o sentimento doloroso. Sendo assim, devido a neuroplasticidade, o cérebro armazena rapidamente essa memória de dor e passa constantemente a reproduzir episódios da mesma. Cada vez que esse círculo é retomado, o cérebro recria e sedimenta mais essa experiência desagradável (QUARTANA *et al.*, 2009).

Os estudos dividem a catastrofização da dor em três componentes, sendo o primeiro a ruminação na qual o paciente fica constantemente pensando na dor, de como ela machuca e incomoda. O segundo, a magnificação, em que o paciente antecipa a dor e a possibilidade de piora da mesma e do seu estado de saúde e fica imaginando toda a incapacidade que pode adquirir. E o terceiro, a desesperança, em que há a impressão que se perde o controle da dor, que nada mais pode ser feito. Uma alternativa para minimizar o impacto desses componentes no paciente como um todo, é trabalhando a Educação em dor entendendo o paciente de maneira integral e dando uma atenção especial para os fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e ambientais (SULLIVAN *et al.*, 1995; SULLIVAN *et al.*, 2001).

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade registrada atualmente no COFFITO que tem por objetivo e finalidade diminuir os efeitos colaterais e as complicações que possam surgir após um tratamento de câncer, seja ele cirúrgico, por radioterapia ou quimioterapia. Por possuir um papel de reabilitação global, a fisioterapia objetiva a recuperação ou manutenção de uma funcionalidade ideal seja ela física, sensorial, psicológica, intelectual ou social (MATOS, 2021).

Diante do exposto, este trabalho tem o objetivo de avaliar a catastrofização da dor em pacientes oncológicos, que são assistidos por uma casa de apoio de Aracaju- SE, sendo submetidos a tratamento fisioterapêutico.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo observacional, analítico, de caráter transversal e de campo, com abordagem quantitativa e amostra por conveniência.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Associação Dos Amigos da Oncologia (AMO), localizada na Rua Permínio de Souza, nº 270, no bairro Cirurgia, com o CEP 49055-30, Aracaju- SE. A AMO é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, filantrópica sustentada por doações, de relevante interesse público e integrante efetivo da sociedade civil organizada. Foi fundada, em 21 de novembro de 1996, por uma equipe de profissionais de saúde e presta honrosos serviços humanos e sociais a pessoas carentes com câncer de todo o Estado de Sergipe e acolhe, ainda, pessoas com a referida doença do sul de Alagoas, norte e centro-sul da Bahia e até do estado de Pernambuco. Este local foi escolhido devido ao seu objetivo, que é de promover o bem-estar psicossocial de pessoas com câncer, assim tivemos um maior acesso a pacientes oncológicos em fase de tratamento.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Tiradentes. Além disso, seguiu as normas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012 e os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.4 CASUÍSTICA

Foram incluídos pacientes que realizavam tratamento fisioterapêutico, de ambos os sexos, com idade acima dos 18 anos, que estavam ou já haviam finalizado o tratamento com quimioterapia ou radioterapia. Foram excluídos pacientes em cuidados

paliativos, com diagnóstico de distúrbios psiquiátricos, que não compreenderam o questionário e, em casos de recusa para assinatura do termo.

2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE II) criado pelas pesquisadoras por meio do Google Forms® a fim de coletar informações básicas sobre o paciente avaliado e assim conhecer o seu perfil, com perguntas que envolvem: nome, idade, sexo, local de residência, tipo de câncer e história clínica (se já realizou algum procedimento cirúrgico, qual a terapêutica oncológica recebida).

Posteriormente, a intensidade de dor em repouso foi medida por meio da Escala Numérica de 11 pontos (ANEXO I), a qual permite a quantificação através de números. O escore 0 foi considerado “sem dor” e 10 como “pior dor imaginável” (BOLTON e WILKINSON, 1998; EPPS, 2001; HARTRICK et al., 2003). Os demais números representam intensidades intermediárias da dor, 1, 2, 3 = dor leve; 4, 5 e 6 = dor moderada; 7, 8 e 9 = dor forte (HABIB *et al.*, 2019).

Por fim, foi aplicada a Escala de Catastrofização da Dor (ANEXO II), que é um questionário utilizado para avaliar o grau de cognição catastrófica relacionado à dor. Foi desenvolvida por Sullivan e cols. em 1995 e validada e adaptada para a língua portuguesa por Sehn em 2012 (SULLIVAN *et al.*, 1995; SEHN, 2012). Este instrumento é composto de 13 itens, no qual o paciente deve relatar o grau de pensamento ou sentimento descrito em relação à dor, sempre respeitando uma graduação de 5 pontos. O escore total é dado pela somatória de todos os itens, variando de 0 a 52 pontos (SEHN, 2012). A presença de uma elevada catastrofização da dor é um indicativo de maior risco de desenvolver dores crônicas e incapacidades (SEVEREIJNS *et al.*, 2002; GEORGE *et al.*, 2008; NIEDERSTRASSER *et al.*, 2014).

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Microsoft Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva e analítica, com as medidas de média, desvio padrão (DP), frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6. Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro-Wilk. Para correlação entre as variáveis foi utilizado o teste de Pearson

ou de Spearman, para amostras paramétricas e não-paramétricas, respectivamente. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Foram incluídos vinte e três (23) pacientes, atendidos pelo serviço de fisioterapia da referida instituição, com idade média de 57,52 anos, sendo três (3) do sexo masculino e vinte (20) do sexo feminino. O câncer de mama foi o mais prevalente 69,56% dos casos, e a maioria dos assistidos obtiveram o diagnóstico em 2022 (39,13%), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Dados gerais dos pacientes avaliados. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Dados gerais	Média \pm DP ou n (%)
Idade (anos)	57,52 \pm 9,04
Sexo	
Masculino	3 (13,04%)
Feminino	20 (86,96%)
Município que reside	
Aracaju/SE	5 (21,74%)
Outros municípios/SE	17 (73,91%)
Adustina/BA	1 (4,35%)
Tipo de câncer	
Mama	16 (69,56%)
Linfoma	2 (8,69%)
Endométrio	1 (4,35%)
Reto	1 (4,35%)
Prega vocal	1 (4,35%)
Útero	1 (4,35%)
Pulmão	1 (4,35%)
Ano do diagnóstico	
2007	1 (4,35%)
2015	1 (4,35%)
2016	1 (4,35%)
2019	3 (13,04%)
2020	2 (8,69%)
2021	2 (8,69%)
2022	9 (39,13%)
2023	4 (17,39%)

Em relação aos dados sobre o tratamento, 82,61% dos pacientes realizaram cirurgia, 82,61% realizaram quimioterapia e 69,56% realizaram radioterapia, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Dados sobre o tratamento dos pacientes avaliados. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Sobre o tratamento	Média \pm DP ou n (%)
Realizou cirurgia	
Sim	19 (82,61%)
Não	4 (17,39%)
Realizou quimioterapia	
Sim	19 (82,61%)
Amarela	1 (4,35%)
Branca	14 (60,87%)
Vermelha	13 (56,52%)
Não identificável	4 (17,39%)
Não	1 (4,35%)
Quantidade de sessões realizadas	11,68 \pm 6,83
Realizou radioterapia	
Sim	16 (69,56%)
Não	7 (30,43%)
Quantidade de sessões realizadas	16,06 \pm 8,14

Com relação a avaliação através da Escala Numérica de 11 pontos encontramos uma média de 3,35 (\pm 3,17), já na de Catastrofização da Dor obtivemos uma média de 26,83 (\pm 12,31), conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Resultado das escalas aplicadas aos pacientes avaliados. Valores apresentados em média \pm desvio padrão, frequência absoluta (n) e relativa (%).

Escalas	Média \pm DP ou n (%)
Escala Numérica de 11 pontos	3,35 \pm 3,17
Escala de Catastrofização da Dor	26,83 \pm 12,31

Ao correlacionar a intensidade de dor e a catastrofização encontramos o valor de $r = 0,346$, que indica uma correlação positiva e fraca, mas representa uma tendência de que quanto maior a dor, maior a catastrofização percebida pelo paciente. Porém, a correlação não teve significância estatística ($p = 0,106$).

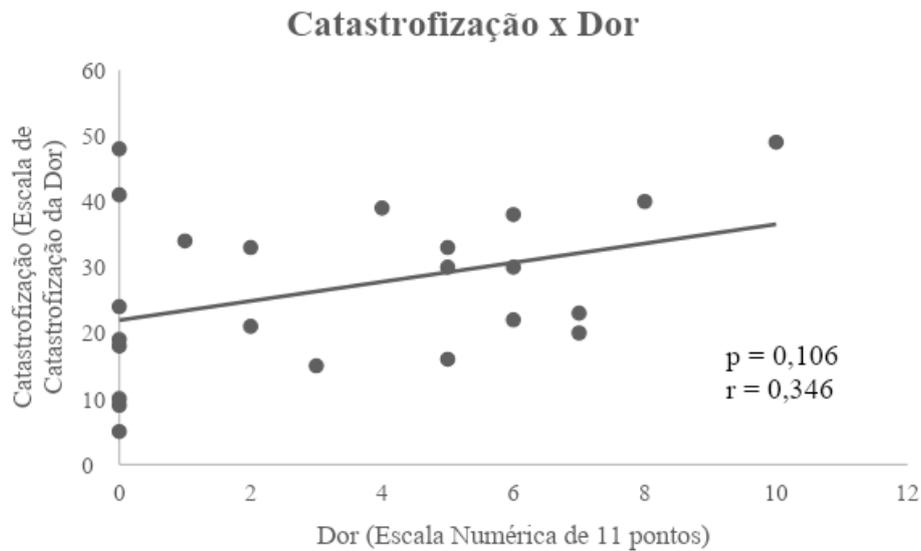


Figura 1: Correlação entre a intensidade de dor mensurada através da Escala Numérica de 11 pontos e a catastrofização avaliada através da Escala de Catastrofização da Dor. Teste de correlação de Spearman, * $p < 0,05$.

4 DISCUSSÃO

Os avanços em estudos e pesquisas científicas atualmente já demonstram que o exercício físico é eficaz no tratamento de indivíduos diagnosticados com qualquer que seja o tipo de câncer, enfatizando que essa intervenção pode ser feita antes, durante e após o tratamento traçado ao paciente baseada em uma boa avaliação e diagnóstico fisioterapêutico (MADDOCKS, 2020).

A importância da fisioterapia na oncologia está relacionada aos benefícios que as intervenções do exercício físico proporcionam ao paciente. Em pacientes oncológicos as capacidades físicas são frequentemente prejudicadas, sendo assim, o exercício visa melhorar a aptidão física do paciente e os sintomas relacionados ao câncer. É evidenciado que durante o exercício, as células musculares liberam substâncias denominadas miocinas, influenciando nos níveis das citocinas que são produzidas e secretadas pelo músculo em resposta a contrações e que possuem efeito protetor no organismo do paciente. Sendo assim, o exercício pode preservar, manter ou restaurar as funções do indivíduo reduzindo os impactos na dor (LÍŠKA *et al.*, 2020).

Embora a quimioterapia consista em um tratamento sistêmico que visa ajudar o paciente oncológico, os seus efeitos colaterais não podem ser negligenciados. Um estudo mostrou que os principais sintomas citados pelos pacientes no pós-quimioterapia

eram: fadiga, sonolência e distúrbio no sono. Esses efeitos corroboram a piora da dor relatada pelo paciente. E, como descrito na literatura, a higiene do sono é de fundamental importância para o manejo dessa dor (JACOBS *et al.*, 2019).

Da mesma forma, a radioterapia provoca efeitos adversos, tais como: mucosite, náuseas e vômitos, perda de apetite e dificuldade na ingestão de alimentos, infecções, sangramentos, pele avermelhada ou até mesmo lesionada e fadiga muscular. Esses efeitos podem impactar diretamente na piora do nível de dor e conseqüentemente da catastrofização por impactarem negativamente na qualidade de vida (MADDOCKS, 2020).

Um estudo que examinou a avaliação de dor em pacientes mastectomizadas, através da Escala Numérica de Dor encontrou uma média de $3,65 \pm (2,70)$, o que se faz similar ao presente estudo que apresentou uma média de $3,35 \pm (3,17)$. Ambos estudos foram realizados em uma Casa de Apoio, confirmando a predominância do sexo feminino nesse local, o que pode se associar ao fato das mulheres possuírem uma aceitação da condição clínica melhor do que os homens, ou até mesmo, pelo machismo em ter vergonha de frequentar uma casa de apoio ou de depender dela para algo quer seja para os serviços de saúde, quer seja para necessidades básicas. Diante disso, as mulheres são mais suscetíveis a aderir ao tratamento por completo, incluindo a prática fisioterapêutica (AQUINO *et al.*, 2019).

Conforme demonstrado no estudo de Costa e cols. (2012) que abordava a dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico a proporção é de quase 3 mulheres entrevistadas para cada homem, o que evidencia a baixa procura da população masculino aos serviços de saúde corroborando com o fato de que o cuidado não é visto como uma prática comum entre eles. De maneira similar, no presente estudo observamos uma porcentagem maior de mulheres (86,96%) entrevistadas e que realizam tratamento fisioterapêutico na casa de apoio quando comparadas aos homens (13,04%).

Outro achado interessante, diz respeito à média de idade do grupo de $54,98 \pm (15,88)$ anos que corrobora aos dados da *American Cancer Society*, que afirma que 77% de todos os cânceres são diagnosticados com 55 anos ou mais e que o envelhecimento é por si só, um fator de risco para a incidência das neoplasias, pois deixa os indivíduos mais suscetíveis às alterações malignas. As células das pessoas idosas ao serem expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, incluindo a presença de doenças crônico-degenerativas, explica, em parte, o porquê de o câncer ser

mais frequente nesses indivíduos (COSTA & CHAVES, 2012). No nosso estudo, também observamos a prevalência de mulheres com uma média de idade de $57,52 \pm (9,04)$ anos.

No presente estudo encontramos o câncer de mama feminina como o mais incidente. Vale ressaltar que ele atualmente é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. É evidenciado que o câncer de mama pode estar associado a diversos fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher, dentre eles a menopausa precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. Outro achado interessante é em relação as taxas de incidência, que aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (DA SILVA & DA SILVA RIUL, 2011).

Como apontado por Almeida e cols. (2019) em seu estudo realizado em pacientes com dores crônicas no joelho relatou uma média de $35,14 \pm (10,28)$ de nível catastrófico, trazendo também um importante achado que relata a associação da catastrofização da dor à uma ausência de apoio social, onde a não prestação do cuidado por um elemento da família ou do seu meio habitacional reforça a expressão da dor. No presente estudo também percebemos que pacientes que não têm sua patologia aceita com seriedade no meio em que convive, acabam aumentando esse sentimento catastrófico de uma maneira ruminada, onde ficam constantemente pensando na dor e em como ela machuca e incomoda, estando suscetíveis a rapidamente evoluir para uma desesperança devido a essa ausência de cuidado, e a indiferença que vem dos próprios familiares.

Em seu estudo, Georgea e cols. (2008), sugeriram uma interação entre a catastrofização da dor no pós-operatório de ombro e a alteração no genótipo COMT, indicando um alto potencial de influência biopsicossocial e a classificação da dor. No presente estudo, percebemos que os pacientes oncológicos possuem um melhor enfrentamento e aceitação da doença, cursando com graus mais baixos de dor.

Como mencionado por em um estudo desenvolvido por Bond e cols. (2015) , em que foi avaliada a catastrofização da dor em mulheres com enxaqueca e obesidade e foi observado um índice médio elevado de $37,6 (\pm 4,9)$ de nível catastrófico. Um fato que chama a atenção é a idade da amostra estudada que foi de $37,5 (\pm 8,1)$ anos. Os autores ressaltam ainda que a catastrofização possa ser um fator agravante tanto para a

enxaqueca quanto para a obesidade; ou, inversamente, pessoas com enxaqueca e obesidade mais graves podem ter maior probabilidade de catastrofizar. Já no presente estudo, percebemos uma tendência de intensidades de dor mais altas, estarem relacionadas a maiores níveis de catastrofização.

Em seu estudo, Baliza e cols. (2014), revelaram que apesar da análise de outras variáveis como ansiedade, depressão, gravidade da dor, incapacidade, apenas a catastrofização revelou ser a variável que contribuiu significativamente para os resultados da recuperação do pós-operatório de artroplastia, contribuindo para maior tempo de permanência no hospital, maior intensidade da dor e piora na funcionalidade. Os autores ainda reforçaram sobre a importância de medidas básicas para identificação dos indivíduos que catastrofizam, visando intervenções psicossociais que se fazem necessárias para promover uma recuperação mais positiva, diminuindo o tempo de hospitalização. No presente estudo, observamos que um nível mais baixo de catastrofização tem relação com maior adesão e melhor evolução no tratamento.

Como apontado por Lopes e cols. (2015) em seu estudo em uma população de meia-idade e idosa com dor lombar aguda, o nível médio de catastrofização da dor foi de 29,2 (\pm 13,1), trazendo ainda que o item que representa o maior nível de catastrofização (maior número de pessoas respondendo 0), foi o item 7 – “Quando estou com dor, fico pensando em outros eventos (situações) dolorosos”, e o item com o nível mais baixo de catastrofização foi o número 11 – “Quando estou com dor, fico pensando no quanto quero que a dor pare”. No presente estudo obtivemos um nível catastrófico de 26,83 \pm (12,31), podendo assim concluir que o perfil da dor em pacientes com dor lombar da meia idade e dos idosos são semelhantes ao de pacientes oncológicos apesar do diagnóstico clínico ser diferente.

Posto isto, este estudo apresentou algumas limitações, como a dimensão da amostra ser de baixo número e com tipos de câncer variados. Porém, se mostra significativo por avaliar uma temática muito importante para esse perfil de pacientes oncológicos e que se faz muito ausente na prática clínica, influenciando diretamente na tomada de decisões de condutas adequadas como também na evolução desses pacientes.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluímos que os pacientes assistidos pela fisioterapia da Casa de Apoio eram predominantemente do sexo feminino, com diagnóstico clínico de câncer de mama, com uma intensidade de dor considerada leve de e uma catastrofização da dor moderada. Porém, não houve significância estatística ao correlacionar a intensidade de dor mensurada pela Escala Numérica com o nível de catastrofização da dor.

REFERÊNCIAS

Almeida,B, et al. Relationship between the perceived social support and catastrophization in individuals with chronic knee pain. **BrJP**, v. 2, n° 1, 2019.

Aquino, MJV, et al. Pain assessment in mastectomized patients. **Breast Journal**. v. 26, n° 5, 2020. *Essa acho que é 2019

Baliza, GA, et al. O papel da catastrofização da dor no prognóstico e tratamento de idosos com osteoartrite de joelho: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n° 2, 2014.

Bolton JE, Wilkinson RC. Responsiveness of pain scales: a comparison of three pain intensity measures in chiropractic patients. **Journal of manipulative and physiolu=ical therapeutics**, v. 21, n. 1, p. 1-7, 1998.

Bond, DS, et al. Clinical Pain Catastrophizing in Women With Migraine and Obesity. **Headache**, v. 55, n° 7, 2015.

Cavalcante, JA, et al. "Tradução, adaptação transcultural e avaliação preliminar da pain catastrophizing scale-parents para uso no brasil." **Revista Paulista de Pediatria** v. 36 ,2018.

Costa, AIS & CMD. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Rev Dor**, v. 13, n° 1, 2012.

De Jesus, LS. CUIDADOS PALIATIVOS: A importância da fisioterapia no paciente oncológico. Paripiranga: UniAGES, 2021

Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. **Geriatr Nurs**, v. 22,n. 2, p. 71-9, 2001.

George SZ, Wallace MR, Wright TW, et al. Evidence for a biopsychosocial influence on shoulder pain: pain catastrophizing and catechol-O-methyltransferase (COMT) diplotype predict clinical pain ratings. **Pain**, v. 136, n. 1-2, p. 53-61, 2008.

Georgea, SZ, et al. Evidence of a biopsychosocial influence on shoulder pain: the pain catastrophizing and the catechol-O-methyltransferase diplotype (COMT) predict clinical pain ratings. **Pain**, v. 136, n° 1-2, 2008.

Habib, AS., et al. "Risk factors for severe acute pain and persistent pain after surgery for breast cancer: a prospective observational study." **Regional Anesthesia & Pain Medicine** 44.2, 2019.

Hartrick CR, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? **Pain Practice**, v. 3, n. 4, p. 310-316, 2003.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: **INCA**, 2022.

Jacobs, JM., et al. "Patient experiences with oral chemotherapy: adherence, symptoms, and quality of life." **Journal of the National Comprehensive Cancer Network** 17.3, 2019.

Líška, D , et al. "Physical Therapy as an Adjuvant Treatment for the Prevention and Treatment of Cancer." *Klinická Onkologie: Casopis Ceske a Slovenske Onkologicke Spolecnosti* 33.2, 2020.

Lopes, RA , et al. Psychometric properties of the Brazilian version of the Pain Catastrophizing Scale for acute low back pain. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n° 5, 2015.

Matos, TV. A importância da Fisioterapia na melhora da qualidade de vida de pacientes oncológicos. Santo André: Anhanguera, 2021.

Maddocks, M. Physical activity and exercise training in cancer patients. **Clinical nutrition ESPEN**, v. 40, p. 1-6, 2020.

Ministério da Saúde. Radioterapia. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 08 abr. 2023.

Governo de Sergipe. Combate ao câncer. Disponível em: <<https://www.tse.gov.br/noticias/saude/combate-ao-cancer-oncologista-fala-sobre-a-doenca-e-os-servicos>>. Acesso em 15 out. 2023.

Niederstrasser NG, Slepian PM, Mankovsky-Arnold T, et al. An experimental approach to examine psychological contributions to multisite musculoskeletal pain. **J Pain**, v. 15, n. 11, p. 1156-65, 2014.

Quartana , PJ. "Pain catastrophizing: a critical review." **Expert review of neurotherapeutics** 9.5, 2009.

Salveti ,MG, et al. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020

Santos, MO,et al. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023.

Sardá Júnior, et al. "Psychosocial predictors of pain, incapacity and depression in Brazilian chronic pain patients." **Revista Dor** v. 13, 2012.

Sehn FC. Validação da escala de pensamentos catastróficos e associação do catastrofismo com marcadores biológicos. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012

Severeijns R, van den Hout MA, Vlaeyen JW, et al. Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. **Pain**, v. 99, n. 1-2, p. 367-376, 2002.

Silva, PA, et al. "Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce." **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 64, 2011.

Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. **Psychol Assess**, v. 7, p. 524-532, 1995.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar do estudo da Universidade Tiradentes, por intermédio das alunas Adriene de Melo Batista Ramos, Larissa Silva dos Santos Nascimento, Mariana Paolilo Ferreira e Yasmin Carvalho dos Anjos, do 10º período do curso de Fisioterapia, devidamente assistidas pela sua orientadora Msc. Maria Jane das Virgens Aquino.

- Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS NUMA CASA DE APOIO DE ARACAJU/SE
- O objetivo do referido projeto é avaliar a dor de pacientes oncológicos que realizam acompanhamento fisioterapêutico em uma casa de apoio de Aracaju/SE.
- Descrição de procedimentos: Os dados serão coletados de forma presencial, através de um questionário geral e serão utilizadas as escalas para avaliar a dor (EVA), cinesiofobia (Escala de Cinesiofobia de Tampa) e catastrofização (Escala de Catastrofização da Dor).
- Desconfortos e riscos esperados: Os participantes e acompanhantes serão esclarecidos que não há nenhum método invasivo na obtenção dos dados e que os procedimentos realizados oferecem riscos mínimos, como o de constrangimento durante a aplicação do questionário.
- Informações: Os pacientes e acompanhantes terão a garantia que terão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.
- Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.
- Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.
- Autorização de dados: O participante autoriza a utilização dos dados como fonte para elaboração de relatos científicos e sua posterior publicação, em forma de livro e/ ou artigo. Assegurar-se-á que os dados pessoais e demais informações são confidenciais e serão unicamente de uso dos autores do projeto, em questão, para os fins supracitados.

- Pesquisadores responsáveis:

1) Nome: Maria Jane das Virgens Aquino

Tel: (79) 99019112

RG: 3174333-1 SSP/SE

CREFITO 187789-F

E-mail: mjvafisio@gmail.com

2) Nome: Adriene de Melo Batista Ramos

Tel: (79) 988686111

RG: 36572586 SSP/SE

E-mail: drieneramos45@gmail.com

3) Nome: Larissa Silva dos Santos Nascimento

Tel: (79) 999765399

RG: 037744038 SSP/SE

E-mail: larissasnascimento@gmail.com

4) Nome: Mariana Paolilo Ferreira

Tel: (79) 99605-1812

RG: 3.735.284-9 SSP/SE

E-mail: marianapaolilo@hotmail.com

5) Nome: Yasmin Carvalho dos Anjos

Tel: (79) 99882-6657

RG:3.692.185-8SSP/SE

E-mail: yasmimsilvia@hotmail.com

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/Unit - DPE Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, 15 de outubro de 2023

Assinatura do responsável

APÊNDICE 2
FICHA DE AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nome:

Idade:

Sexo: Feminino () Masculino () Prefere não declarar ()

Aonde reside:

Qual o tipo de câncer?

Quando foi diagnosticado?

Realizou algum tipo de cirurgia? Qual?

Realizou quimioterapia? Quantas sessões e qual o tipo?

Já realizou radioterapia? Quantas sessões?

Faz fisioterapia ou já realizou algum atendimento fisioterapêutico?

ANEXO 1

Escala Numérica de 11 pontos

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ANEXO 2

Escala de Catastrofização da Dor

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o **GRAU** destes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

		Mínimo	Leve	Moderado	Intenso	Muito Intenso
1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0	1	2	3	4
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0	1	2	3	4
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0	1	2	3	4
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0	1	2	3	4
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0	1	2	3	4
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0	1	2	3	4
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0	1	2	3	4
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0	1	2	3	4
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0	1	2	3	4
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0	1	2	3	4
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0	1	2	3	4
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0	1	2	3	4
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0	1	2	3	4