

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA EM CUIDADOS PALIATIVOS

PHYSICAL THERAPIST PRACTICE IN PALLIATIVE CARE

RESUMO : Cuidados paliativos consistem em medidas que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. São realizados a prevenção e o alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Embora nesse conceito não seja citado explicitamente, cuidados paliativos exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar devido a complexidade das pessoas nessa situação. O fisioterapeuta atua em sinergia com essa equipe, oferecendo um suporte para manter a vida do paciente tão ativa quanto possível. Porém, é um profissional com recente inserção nessa área de atuação. Assim, o objetivo desse estudo foi verificar, através de uma revisão da literatura, a função do fisioterapeuta em cuidados paliativos. Os resultados demonstraram que a atuação fisioterapêutica promove a melhora de sintomas como fadiga, dispneia, dor e problemas relacionados ao imobilismo e isolamento social. Persiste a discussão sobre a efetividade da atividade física programada a pacientes em estágios avançados de doenças crônicas, principalmente o câncer.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Reabilitação.

ABSTRACT: Palliative care are measures that promote the quality of life of patients and their families facing diseases that threaten the continuity of life through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment correct treatment of pain and other physical problems, psychosocial and spiritual. Although this concept is not mentioned explicitly, the complexity of people in this situation requires the work of a multidisciplinary team. The physiotherapist works in synergy with this team, providing support to keep the life of the patient as active as possible. Physiotherapy is an applied science which studies human movement, especially in the presence of pathological changes in order to complement the palliative care as acts with preventive measures, eases complications and promotes quality of life. The results showed improvement of symptoms such as fatigue, dyspnea, pain and problems related to immobility and social isolation. There is still a discussion about the effectiveness of programmed physical activity to patients in advanced stages of chronic diseases, especially cancer.

Keywords: Palliative Care. Hospital Physiotherapy Service. Rehabilitation.

JULIANA ARAÚJO GUIMARÃES¹
THAÍS ROCHA ASSIS²

¹Fisioterapeuta, especialista em Urgência e Emergência - Residência Multiprofissional em Saúde pelo HC da Universidade Federal de Goiás.

²Doutora em Ciências da Saúde, Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

E-Mail: juliana16grey@gmail.com

Recebido em: 12/03/2015
Revisado em: 12/03/2016
Aceito em: 16/03/2016

INTRODUÇÃO

Com o aprimoramento e desenvolvimento tecnológico, foi possível oferecer alternativas e tratamentos a doenças antes incuráveis e, principalmente, adiar a morte¹. Esse contexto gerou um grande contingente de pacientes com doenças crônicas e sem possibilidade de intervenções curativas no ambiente hospitalar, muitas vezes até o dia de sua morte. Nem sempre existem locais com estrutura e capacidade para lidar de forma digna com esses pacientes, quanto mais oferecer suporte aos seus familiares^{1,2}.

Muitos países programaram ações de saúde para dar suporte aos pacientes sem perspectivas de cura entre 1999 e 2001. No Brasil, observou-se igualmente o surgimento de vários serviços que assistiam as pessoas com doenças incuráveis nesta mesma época. O crescimento dessas ações em saúde foi atribuído à publicação do estudo Support, em 1995, nos Estados Unidos. Este é estudo multicêntrico norte americano realizado entre 1989 e 1994, que envolveu cerca de dez mil pacientes portadores de doenças intratáveis e com prognóstico de sobrevida estimado de seis meses. O estudo concluiu que a comunicação entre pacientes e familiares com a equipe de saúde sobre o final da vida era pobre e, ainda, que o custo da atenção era elevado e metade dos pacientes morria com dor moderada ou severa, sem nenhuma prescrição analgésica³.

Após aquele estudo, iniciou-se um processo de humanização como alternativa à distanásia (obstinação terapêutica com objetivo de prolongar desnecessariamente a vida) e a todas as formas de abreviar a vida desses pacientes. Esse processo é denominado Cuidados Paliativos e atende a pacientes sem

expectativa de cura, de forma a prover-lhes uma morte digna, em consonância com suas concepções religiosas/espirituais e oferecendo suporte à família até o período de luto⁴.

Quando se inicia o tratamento em Cuidados Paliativos, o foco da atenção da equipe multidisciplinar deixa de ser as intervenções sobre a doença e passa a ser o doente (e sua família), entendido como um ser autônomo, ativo, que apresenta uma trajetória de vida e que tem direito às informações sobre seu estado de saúde para tomar decisões sobre o próprio tratamento⁵.

Segundo a OMS, em conceito criado em 1990 e atualizado em 2002, Cuidados Paliativos:

“[...] consistem em medidas que promovem a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento impecável da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”⁵.

Embora nesse conceito não seja citado explicitamente, a complexidade das pessoas nessa situação, exige o trabalho de uma equipe multiprofissional para que a abordagem possa ser humanizada e integradora, pois nenhuma profissão consegue abranger sozinha todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes terminais⁶.

O fisioterapeuta atua em sinergia com essa equipe, oferecendo um suporte para manter a vida do paciente tão ativa quanto possível. A fisioterapia é uma ciência aplicada que estuda o movimento humano,

principalmente na presença de modificações patológicas, pode complementar a assistência paliativa visto que atua com medidas preventivas, ameniza complicações e promove qualidade de vida⁷.

O profissional pode aliviar a sintomatologia dolorosa e o desconforto existente em pacientes terminais, além de prevenir sintomas e situações de crise, pois dispõe de recursos não invasivos que auxiliam na manutenção da qualidade de vida, o que possibilita o resgate do autocuidado, da autonomia e da independência.⁸

No entanto, a fisioterapia é uma profissão nova, com inserção recente no contexto de assistência multidisciplinar em Cuidados Paliativos⁶. Conhecer a atuação do fisioterapeuta nessa área é relevante para auxiliar na consolidação da atuação desse profissional. Assim, o objetivo desse estudo foi descrever, por meio de uma revisão da literatura, a função do fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos.

MATERIAIS E MÉTODOS

A busca dos artigos da literatura foi realizada nas bases de dados eletrônicas Pubmed, Scielo e Science Direct. As palavras-chave utilizadas foram “Fisioterapia”,

“Cuidados Paliativos” e seus correspondentes em inglês “Physiotherapy” and “Palliative Care”. A pesquisa foi limitada a artigos publicados em língua inglesa e portuguesa.

Os estudos foram pré-selecionados através dos títulos e da leitura dos resumos. Posteriormente, as autoras realizaram a leitura dos artigos na íntegra e definiram a inclusão daqueles que apresentassem intervenção fisioterapêutica no alívio de sintomas e desconfortos de doenças consideradas fora de possibilidades terapêuticas. Foram excluídos aqueles que não descreviam intervenções fisioterapêuticas nos pacientes em cuidados paliativos, as revisões bibliográficas e revisões sistemáticas.

RESULTADOS

A busca com os unitermos resultou em 236 artigos, sendo 128 no ScienceDirect, 106 no Pubmed e 02 no Scielo. Após a leitura inicial dos títulos e resumos, 227 foram excluídos porque não abordavam intervenções fisioterapêuticas em cuidados paliativos. Restaram 9 artigos que estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados da revisão bibliográfica sobre intervenção fisioterapêutica em cuidados paliativos. Fonte: busca para revisão bibliográfica (própria autora).

Autores e ano	Tipo de estudo	População	Intervenção do fisioterapeuta em cuidados paliativos	Resultado
Mackey KM Sparling JW, 2000 ⁹	Estudo de caso abordagem qualitativa	3 idosas com câncer, internadas em	Orientações e treino de cuidadores e familiares sobre	Diminuição da dependência de cuidadores

		unidade de cuidados paliativos	treino de transferências, posicionamento e conforto. Treino de atividades de vida diária	Segurança aos cuidadores e familiares durante manuseios e interação diária. Melhora subjetiva da qualidade de vida.
Lauridsen MC, et al., 2005 ¹⁰	Ensaio clínico randomizado e controlado	139 pacientes recém diagnosticados com câncer de mama. 62 submetidos a terapia conservadora e 77 a mastectomia	Cinesioterapia com exercícios resistidos, alongamentos, exercícios metabólicos e relaxamento. Cuidados com a cicatriz.	Constant Shoulder Score. Melhora da função do ombro no lado mastectomizado. Melhora da amplitude de movimento
Minton O. et al, 2007 ¹¹	Estudo aleatório, controlado, cruzado e duplamente encoberto, com eletroacupuntura versus placebo	Pacientes com câncer que tinham dor neuropática	Eletroacupuntura com TENS	Diminuição estatisticamente significativa dos escores de dor quando comparados ao grupo placebo
Bassani, MA. Oliveira, ABF. Oliveira Neto, AF, et al, 2008. ¹²	Estudo de caso	1 paciente com sarcoma torácico metastático	Ventilação mecânica não invasiva por no mínimo 40 minutos modo CPAP +PSV de uma a três vezes ao dia, conforme necessidade.	Houve alívio da dispneia, foi evitada a intubação traqueal e permitida a interação com a família.
Kasven-Gonzalez N. et al, 2010 ¹³	Relato de caso	1 paciente com tumor ósseo maligno e metástases pulmonares	Cinesioterapia com exercícios resistidos e de ADM. Manobras para alívio de pontos de	Alívio da fadiga e da ansiedade. Independência funcional mantida pelo máximo de

			pressão. Treino funcional de transferência e fisioterapia respiratória.	tempo possível. Prevenção de escaras e outras complicações do imobilismo
Silva LEM, Costa MD, Dell'Antônio F, 2011 ¹⁴	Estudo de caso	1 paciente em pós operatório de câncer de mama	Exercícios de mobilização da coluna vertebral, massoterapia em cicatriz para evitar fibrose, exercícios de ADM de membro superior, eletrotermoterapia para analgesia, drenagem linfática e orientações gerais	Melhora do quadro álgico em membro superior avaliada pela escala visual analgica da dor, sendo grau 9 no início dos atendimentos e passando a 3 no final. Houve melhora da ADM do linfedema e diminuição das contraturas no ombro.
Lowe SS. et al. 2013 ¹⁵	Intervenção piloto quase- experimental	9 adultos com câncer em estágio avançado em cuidados paliativos	Treino individualizado com caminhada, alongamentos e treino de equilíbrio.	Embora os índices gerais de fadiga tenham se elevado após a intervenção, houve melhora nos outros aspectos do MQOL(McGill Quality of Life Questionnaire)
Villanova VH, Lorena Pohl Fornazari LP, Deon KC, 2013 ¹⁶	investigação quantitativa e qualitativa. Ensaio clínico controlado	10 pacientes com dor oncológica	Quatro sessões de intervenção com o uso do TENS em um protocolo previamente definido.	Para mensuração da dor, antes e após a aplicação, foi usada a escala numérica de dor. Verificou-se redução da dor após a aplicação

				do recurso TENS sobre a dor de origem oncológica.
Berg L. et al, 2014 ¹⁷	Múltiplo Estudo de Caso	Participantes de programas suecos de reabilitação oncológica	Reabilitação multimodal: respiratória, ortopédica e neurológica	Possibilitou retorno a atividades de vida diária e até mesmo retorno a atividade laboral.

DISCUSSÃO

O fisioterapeuta atua significativamente sobre a sintomatologia apresentada por pacientes em Cuidados Paliativos, possibilita o resgate e manutenção da independência funcional, facilita a interação social e o retorno a atividade laboral, pois alivia os quadros de fadiga, dor, dispneia, ansiedade e disfunções ósteo-musculares^{9,10,11,12,13,14,15,16,17}.

Não existe consenso sobre quando iniciar os cuidados paliativos, pois grande parte das doenças não é efetivamente curada e sim, controlada, se tornando doenças crônicas. Isso gera a seguinte dúvida: esses pacientes com doenças crônicas devem ser considerados cuidados paliativos desde o diagnóstico ou apenas no estágio final da vida^{18, 1, 3?}

Ante esse impasse, o livro de cuidados paliativos do Cremesp afirma que a concomitância da abordagem paliativa com o tratamento curativo é perfeitamente viável¹⁹. Da mesma forma, ações paliativas desenvolvidas na fase do diagnóstico e do tratamento de uma doença não exigem uma equipe especializada e podem ser desenvolvidos por qualquer profissional da saúde. À medida que a doença progride, os cuidados paliativos vão ganhando mais

significado, e se tornam uma necessidade quando a cura não é mais possível. Nesse contexto, a atuação do fisioterapeuta com seus variados recursos são primordiais na preservação da qualidade de vida por meio de prevenção e promoção de saúde^{3,19}.

Sabe-se que nos últimos estágios de vida, os pacientes podem se encontrar em estado de grande dependência de cuidadores. Então, é importante que toda a equipe mantenha os cuidadores motivados e corretamente instruídos para que os mesmos possam auxiliar a equipe no controle de sintomas, visto que podem desenvolver muitas ações para otimizar os resultados de um tratamento e minimizar os desconfortos^{9,18,20}.

É de vital importância que os fisioterapeutas orientem os cuidadores a respeito do adequado posicionamento do paciente no leito para que esteja confortável e seja facilitada sua funcionalidade, evitando encurtamentos musculares, escaras de decúbito, broncoaspiração e facilitando a dinâmica diafragmática. É necessário orientar e ensinar de maneira prática os manejos e manuseios durante posicionamento, transferências e atividades de vida diária para que sejam feitos com segurança de acordo com o nível funcional do paciente.^{9,18, 20,21}

1 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA SOBRE A SINTOMATOLOGIA

A fisioterapia em cuidados paliativos objetiva promover qualidade de vida em pacientes com doença avançada ou em progressão de doença incurável, realizando condutas que reabilitem funcionalmente o paciente e ainda auxiliando o cuidador e família a lidar com o avanço da doença^{13,15,17,22}.

O foco de atuação do fisioterapeuta deve ser definido de acordo com o status funcional do paciente. Enquanto uma maior independência é possível, é importante estimular o auto-cuidado, atividades de vida diária, adequações do ambiente e mobiliários. Quando totalmente dependente, o enfoque deve ser dado ao posicionamento funcional e às mudanças de decúbito.^{9,15,17,23}

Nos pacientes com câncer, em determinada fase da doença surgem sinais e sintomas que sinalizam a etapa final da vida, dentre eles, aqueles que mais afligem o paciente são a dor e a dispneia.^{11,12,14,16}

1.1 DOR

A dor é um sintoma subjetivo, constituído por componentes físicos, emocionais, sociais e espirituais. Tal complexidade reforça o papel da equipe multiprofissional no controle desse sintoma muito presente nos pacientes em cuidados paliativos. A dor deve ser controlada, pois gera incapacidade nos indivíduos, independente da doença de base, podendo criar um estado adaptativo de prostração, inquietude, desgaste físico e mental²⁴.

O alívio da dor tem grande destaque nos cuidados paliativos. São prezados, além dos recursos farmacológicos, aqueles que oferecem mais conforto ao paciente. Tendo em vista a dificuldade de manejo desse sintoma e ante os custos financeiros e pessoais para efetivamente aliviar a dor no fim da vida, os recursos fisioterapêuticos são considerados como alternativa cabível, pois são acessíveis, de baixo custo, pouco invasivos e não agressivos. A termoterapia, cinesioterapia, massoterapia, eletroterapia e o uso de órteses são as intervenções utilizadas na busca da reabilitação por meio do alívio dos sintomas²⁵.

Muitas vezes os pacientes em cuidados paliativos permanecem internados por longos períodos, apresenta desconforto no leito, analgesia insuficiente para sua dor, o que causa grandes tensões musculares com consequentes espasmos musculares, cursando com um ciclo de dor – espasmo – dor que agrava o estado geral do paciente com grave prejuízo a qualidade de vida²⁵.

1.1.1 Eletroterapia

A eletroterapia traz resultados rápidos, porém o alívio da dor é variável entre pacientes. Essa analgesia por corrente elétrica pode reduzir o uso de medicamentos analgésicos e consequentemente seus efeitos colaterais^{16, 26}.

Dentre os tipos de corrente utilizadas estão o TENS (Neuro Estimulação Elétrica Transcutânea) e a corrente interferencial, ambos documentados na literatura sobre suas propriedades no alívio da dor^{16,26}. Villanova, et al.¹⁶ mostrou em seu estudo que a eletroterapia reduziu a dor de origem oncológica em pacientes e Minton, et al¹¹ utilizou

eletroacupuntura em pacientes com câncer apresentando dor neuropática obtiveram alívio significativo da dor quando comparado ao grupo placebo.

Os recursos de eletroterapia promovem cicatrização de úlceras, principalmente aquelas decorrentes de decúbito prolongado e promovem analgesia, pois reduzem a inflamação a nível local, possuem efeito bioestimulativo trófico tissular, interferem no potencial elétrico de transmissão do estímulo doloroso e bloqueiam a percepção da dor a nível talâmico ao estimular a produção de neurotransmissores endógenos como encefalinas e beta-endorfinas^{16,24,26}.

1.1.2 Termoterapia

É um recurso útil no relaxamento muscular. A termoterapia superficial (bolsa térmica e compressa de parafina) objetiva promover relaxamento muscular interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, em indivíduos portadores de tumores primários ou secundários, os quais podem estar comprimindo estruturas neuromusculares e, dessa forma, causando dor^{27,10}.

A termoterapia superficial é contraindicada, quando aplicada diretamente sobre as áreas de tumor maligno e deve ser evitada nas áreas desprovidas de sensação térmica e sobre as áreas de insuficiência vascular, dos tecidos lesados ou infectados e de radioterapia localizada^{27,14}.

A crioterapia é um termo guarda-chuva que cobre um número de técnicas específicas. O termo crioterapia significa, literalmente, “terapia pelo frio”. Qualquer tipo de uso do gelo ou de aplicações do frio com objetivos terapêuticos é, dessa forma, crioterapia. Em

outras palavras, crioterapia é a aplicação terapêutica de qualquer substância ao corpo, resultando numa retirada do calor corporal e, por meio disso, rebaixando a temperatura tecidual pode ser utilizada em disfunções musculoesqueléticas, traumáticas, inflamatórias incluindo processos agudos. No entanto, não há estudos conclusivos sobre a diminuição de dor oncológica através da crioterapia^{25,27}.

O uso do calor embora útil no alívio de tensões musculares e também como recurso analgésico não é recomendado nos casos de existência de metástases devido à possibilidade de aumentar a progressão da doença em razão dos efeitos fisiológicos de aumento da circulação sanguínea e temperatura local^{27,14}.

1.1.3 Terapia Manual ou massoterapia

É um recurso útil na complementação da analgesia do paciente, por meio da diminuição das tensões musculares e contraturas, melhora da circulação tecidual, promovendo bem estar físico e mental, promove também alívio da ansiedade^{10,13,14,27}.

As pesquisas clínicas indicam que o toque é extremamente importante no processo de cura, já que invariavelmente cria uma sensação de carinho e bem-estar no paciente. O apoio emocional para a pessoa com câncer tem um valor inestimável, desde o início da condição^{10,13,14}.

Além do relaxamento e do apoio emocional que oferece, a massagem terapêutica é benéfica devido à sua influência sobre diversos processos orgânicos. A melhora no fluxo de sangue e linfa, bem como o movimento para a frente dos conteúdos intestinais são exemplo disso²⁷. O estudo de

Silva LEM, Costa MD e Dell'Antônio F¹⁴ em mulheres com câncer de mama mostrou diminuição do linfedema, redução da dor e melhora da amplitude de movimento com consequente aprimoramento da função do membro superior.

A massagem é aplicada para aliviar a percepção de dor, reduzir a ansiedade e aumentar o relaxamento. Um estudo demonstrou que as técnicas de deslizamento e amassamento e trabalho nos pontos de gatilho reduzem os níveis de dor em uma média de 60%. Os níveis de ansiedade também eram reduzidos em 24%. Os relatos subjetivos dos pacientes (medidos por escalas visuais análogas) indicavam um aumento de 58% na melhora de suas sensações de relaxamento²⁷.

Medições fisiológicas como as de batimentos cardíacos, pressão arterial e taxa respiratória também estavam mais baixas em relação a leituras anteriores. Essas alterações ofereciam uma indicação adicional de relaxamento no paciente²⁷.

Apesar da grande preocupação com a possibilidade de a massagem incentivar a metástase, nenhuma evidência foi apresentada até o momento em confirmação a isso. A massagem tem suas limitações e contra-indicações. Não deve ser aplicada nas áreas que recebem radioterapia, pois elas tornam-se muito sensíveis ao toque e, portanto, podem causar desconforto. As áreas de tratamento também não devem receber óleos e loções, já que podem interferir com a radiação²⁷.

1.2 FADIGA

A fadiga representa um dos sintomas mais frequentes e debilitantes em cuidados

paliativos. É causa de prejuízo significativo para funcionalidade, qualidade de vida e prediz menor sobrevida. Raramente surge como sintoma isolado; é relatado simultaneamente a outros sintomas como dor, alterações de sono, anemia e caquexia, entre outros, constituindo agrupamento de sintomas²⁸.

Apesar disso, poucas vezes intervenções para seu controle são oferecidas aos doentes. Importante citar que é o sintoma para o qual menos se conhecem intervenções efetivas, especialmente quando comparadas às indicadas para o controle de outros sintomas, como a dor²⁸.

A fadiga intensa dificulta ou mesmo impede os doentes de realizarem as atividades básicas de autocuidado, como comer ou tomar banho, de receberem conforto emocional e espiritual, e de cuidarem de outros sintomas^{7,28}.

O manejo da fadiga compreende estratégias que visam a manter ou aumentar os níveis de energia dos pacientes. Entre as intervenções não-medicamentosas, os exercícios são os únicos que apresentam fortes evidências da sua efetividade no manejo da fadiga em pacientes com condições clínicas que ameaçam a vida^{7,28}.

Os exercícios físicos mais indicados são os aeróbicos, tais como caminhada, corrida, ciclismo, natação, exercícios com bicicleta. Para pacientes em cuidados paliativos a frequência, carga e intensidade não são plenamente conhecidas. Recomenda-se uma frequência de pelo menos duas vezes por semana (variando de 3-7 dias/semana) com duração de 10 a 90 minutos ou 30-60 minutos²⁸.

Os exercícios devem ser indicados para o tratamento da fadiga em pacientes em

cuidados paliativos, pois a fadiga produz um ciclo onde a hipoatividade leva à diminuição do condicionamento e força muscular, gerando por sua vez menor tolerância à atividade física, intensificando os sintomas da fadiga^{27,28}.

O estudo de Kasven-Gonzalez N. et al,¹³ mostrou alívio da fadiga aliado a manutenção da independência funcional em paciente com metástases pulmonares utilizando cinesioterapia com exercícios resistidos e de ADM, manobras para alívio de pontos de pressão, treino funcional de transferência e fisioterapia respiratória.

Nas fases mais avançadas da doença são priorizadas as medidas de conservação de energia, que visam reduzir o gasto energético que ocorre durante o desempenho de atividades de vida diária, cuidados com a casa, no trabalho, na locomoção e no cuidado de crianças filhos, animais, etc. São indicadas principalmente para o tratamento da fadiga aguda relacionado à terapia antineoplásica, para pacientes com esclerose múltipla e parece ser o tratamento não medicamentoso mais aplicável em pacientes em fase terminal²⁸.

1.3 DISPNEIA

A dispneia é definida como uma sensação incômoda de falta de ar, devido à necessidade de oxigênio ser maior que a existente na atmosfera. Trata-se de comprometimento com causa multifatorial e multidimensional, quanto mais severa a doença, maior a dificuldade respiratória durante níveis cada vez menores de esforço²⁷.

Pacientes oncológicos, principalmente em fases mais avançadas da doença podem

apresentar episódios súbitos de dispneia, que são extremamente desconfortáveis e muitas vezes evoluem para insuficiência respiratória aguda, sendo conduzidos com frequência a internação em UTI, ambiente em que são privados do contato com familiares e onde a qualidade de vida é comprometida pela rotina típica do local. Ante esse quadro, estratégias que minimizem ou evitem essas situações assumem grande importância para esses pacientes^{12,24}.

Intervenções farmacológicas ou não podem reduzir a sensação de dispneia, como: posicionamento corporal adequado no leito, oxigenioterapia, exercícios respiratórios e ventilação mecânica (invasiva e não invasiva)¹². A sedação pode ser uma hipótese a se considerar nos casos de dispneia de difícil controle.

O estudo de caso de Bassani MA, et al,¹² teve como amostra 1 paciente com sarcoma torácico metastático e utilizou a ventilação mecânica não invasiva por no mínimo 40 minutos modo CPAP +PSV de uma a três vezes ao dia, conforme necessidade. Houve alívio da dispneia, foi evitada a intubação traqueal e permitida a interação com a família até o último dia de vida desta paciente.

1.3.1 Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)

A VMNI é um recurso que oferece suporte ventilatório por pressão positiva sem a necessidade de intubação endotraqueal, pois utiliza interfaces diversas que se acoplam a face. Essa intervenção objetiva melhorar as trocas gasosas e reduzir esforço respiratório, evitando em algumas situações a entubação traqueal e as complicações que sabidamente podem advir dela²⁹.

A VMNI pode ser utilizada em pacientes com insuficiência respiratória em três contextos: como um suporte de vida que não limita as outras abordagens curativas; suporte de vida quando pacientes e familiares decidiram pela não intubação endotraqueal; como uma medida paliativa quando pacientes e familiares decidiram por evitar todo o suporte de vida, recebendo apenas medidas de conforto³⁰.

As duas últimas situações são as que melhor descrevem o uso da VMNI em cuidados paliativos. Observou-se que a VMNI gera conforto, possibilita contato com os familiares e diminui a quantidade de morfina necessária para aliviar dispneia, respeitando a filosofia dos cuidados paliativos¹². É citado por alguns autores que a VMNI pode prolongar desnecessariamente a vida de pacientes sem perspectivas terapêuticas, mas ainda não existe consenso sobre isso. Por essa razão, antes de aplicar essa intervenção é necessária uma discussão cuidadosa com toda a equipe sobre os objetivos do tratamento para cada caso apresentado^{29,30}.

1.4 DISFUNÇÕES OSTEO-MIO-ARTICULARES

1.4.1 Exercícios Físicos e prevenção de perdas funcionais

No fim da vida observa-se deterioração física e funcional do indivíduo, que associados a sintomas como fadiga e dispneia levam a uma diminuição das atividades de vida diária e dependência de um cuidador, levando a perda de sua identidade, autonomia e auto-estima³¹.

No entanto, muitos pacientes em cuidados paliativos são desnecessariamente

restritos pelos familiares, cuidadores e até mesmo por profissionais da saúde, quando na verdade ainda são capazes de realizar suas atividades e de ter independência. A reinserção do paciente em suas atividades de vida diária restaura a vontade de viver e a dignidade^{31,32}.

Programas de exercícios que englobem fortalecimento muscular, desenvolvimento de resistência física e exercícios aeróbios já constituem a base da reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC, obtendo resultados como: diminuição do cansaço, e da dispneia. Esses resultados podem ser replicados para controle de outras doenças respiratórias crônicas³².

Para pacientes de câncer, a prática de exercícios traz benefícios físicos, psicológicos, sociais e espirituais refletindo uma melhora na qualidade de vida e percepção do sintoma de fadiga com menor intensidade. Observou-se que muitos pacientes puderam aproveitar os exercícios de maneira prazerosa apesar da terminalidade e dos sintomas advindos desta^{6,7,8,9,32}.

1.4.2 Posicionamento corporal

Estratégia de intervenção muito útil, uma vez que otimiza o transporte de oxigênio, previne complicações pulmonares e ajuda a evitar comprometimentos músculo-esqueléticos³².

As mudanças de decúbito regulares, a posição vertical (sentado a beira leito, em cadeira ou de pé) promovem variações inter-regionais na ventilação e perfusão pulmonar, melhorando as trocas gasosas, a eficácia da tosse, diminuição do esforço respiratório e da

dispneia, e prevenindo atelectasias e pneumonias^{32,33}.

É importante analisar a resposta do paciente a essa intervenção, sendo necessária uma avaliação dos sinais vitais e outras variáveis fisiológicas que auxiliam na mensuração do grau de esforço do mesmo³³.

1.5 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Esse sintoma é muito presente nos pacientes em cuidados paliativos devido ao efeito constipante dos opióides, à inatividade física, ao efeito associado de outros medicamentos e à inapetência, com consequente baixa ingestão de fibras e líquidos. Sabendo que os opióides são essenciais no manejo da dor, a constipação intestinal gerada como efeito colateral dos mesmos pode induzir tanto profissionais quanto pacientes a evitarem seu uso, com grandes prejuízos ao objetivo de analgesia³⁴.

O consenso da literatura acerca de constipação intestinal refere que associada ao uso de opióides, algumas causas de constipação podem ser modificadas com intervenções multiprofissionais e orientações, como: alimentação e ingestão adequada de líquidos, evitar a negligência repetida ao reflexo de defecação, restrição ao leito, falta de privacidade ao utilizar o vaso sanitário, intolerância ao exercício por problemas cardiorrespiratórios, fadiga, fraqueza dos músculos abdominais e comprometimento do diafragma²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fisioterapeuta, em conjunto com equipe multiprofissional, é capaz de intervir em múltiplos aspectos no processo de morrer,

melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes sem perspectivas de cura.

Os resultados demonstraram que a atuação fisioterapêutica promove a melhora de sintomas como fadiga, dispneia, dor e problemas relacionados ao imobilismo e isolamento social. Persiste a discussão sobre a efetividade da atividade física programada a pacientes em estágios avançados de doenças crônicas, principalmente o câncer.

Para que esse profissional possa se integrar de forma definitiva, e aplicar esses conhecimentos em prol da população em cuidados paliativos, é necessário que compreenda profundamente o significado da filosofia de cuidar de pessoas no fim da vida.

O arsenal de técnicas e intervenções fisioterapêuticas disponíveis para a atuação nesta área são vastos, cabe ao fisioterapeuta identificar individualidades dos seus pacientes e agir em consonância com os objetivos propostos pela equipe e previamente pactuados com a família e o paciente. Desse modo estaremos mais próximos de oferecer atendimento paliativo de qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Better palliative care for older people. Geneva: WHO; 2004.
- 2 World Health Organization. Palliative care [cited 2003 Nov 24]. Available from: <http://www.who.int>
- 3 Support Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. Study to Understand Prognoses and

Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995;274(20):1591-8.

4 World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva: WHO; 1990.

5 World Health Organization. Definition of palliative care. 2002 [on-line]. [Acessado em:2013] Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

6 Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Rev Bras de Cancerol. 2005; 51 (1): 67-77. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso brasileiro de constipação intestinal induzida por opióides. 2009; 2(3 Supl 1): 1-40.

7 Arrais RC de S. Atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos oncológicos. SOTAMIG. 2014: 1-9.

8 Albrecht TA, Taylor AG. Physical activity in patients with advanced-stage cancer: a systematic review of the literature. Clin J Oncol Nursing. 2012 Jun; 16 (3): 293-300.

9 Mackey KM, Sparling JW. Experiences of Older Women With Cancer Receiving Hospice Care: Significance for Physical Therapy. Physical Therapy. 2000; 80 (5): 459-468.

10 Lauridsen MC, Christiansen P, Hessev I. The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: A randomized study. Acta Oncologica, 2005; 44: 449-457.

11 Minton O, Higginson IJ. Electroacupuncture as an adjunctive treatment to control neuropathic pain in patients with câncer. J Pain Symptom Manage 2007;33(2):115-117

12 Bassani MA, Oliveira ABF, Oliveira Neto AF, Taize R. O Uso da Ventilação Mecânica Não-Invasiva nos Cuidados Paliativos de Paciente com Sarcoma Torácico Metastático. Relato de Caso. Rev Bras. Ter. Intensiva, 2008; 20(2): 205 – 209.

13 Kasven-Gonzalez N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. Palliative and Supportive Care, 2010; 8: 359-369.

14 da Silva LEM, Costa MD, Dell'Antônio F. Relato de Caso da Intervenção Fisioterápica em Paciente com Pós-operatório de Câncer de Mama e Quadro Algico em Região da Musculatura do Trapézio e Ombro [on line]. 2011. Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/categorias/41-C%C3%A2ncer/1120-relato-de-caso-da-intervencao-fisioterapica-em-paciente-com-pos-operatorio-de-cancer-de-mama-e-quadro-algico-em-regiao-da-musculatura-do-trapezio-e-ombro.html>. Acesso em: 12/01/2015.

15 Lowe SS, Watanabe SM, Vickie E Baracos VE, Courneya KS. Home-based functional walking program for advanced cancer patients receiving palliative care: a case series. BMC Palliative Care, 2013; 12 (22): 1-9.

- 16 Villanova VH, Fornazari LP, Deon KC. Estimulação elétrica nervosa transcutânea como coadjuvante no manejo da dor oncológica. *REVISTAINSPIRAR*, 2013; 6 (5): 28 – 36.
- 17 Berg L., Nolbris MJ, Koinberg I, Melin-Johansson C, Möller A, Öhlén J. Characterisation of Cancer Support and Rehabilitation Programmes: A Swedish Multiple Case Study. *Open Nurs J*, 2014; 8: 1-7.
- 18 Gomes D. Reflexões bioéticas da atuação da fisioterapia em cuidados paliativos [mestrado em bioética]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Departamento de Fisioterapia, 2007.
- 19 Gonçalves HC, et al. Cuidado Paliativo [Internet]. Cadernos CREMESP. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; NLM WB310 [revisado em 2008]. 689p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
- 20 Alves BAS. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Curso de Fisioterapia, 2013.
- 21 Felício ECS, Pereira EF, Gomes D. Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais. Cadernos Centr Univer S Camilo. 2006 Jun: 12 (2): 87-91.
- 22 Resende JMD. Fisioterapia nos cuidados paliativos oncológicos - aspectos gerais [slides]. Simpósio de Cuidados Paliativos para os Hospitais Federais do Rio de Janeiro; 2012: 28 slides.
- 23 Reis LC Jr, Reis PEAM. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Fisioterapia em Movimento*. 2007 Jun: 20 (2): 127-135.
- 24 Krause LH. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Rev Hosp Pedro Ernesto UERJ*. 2012 Jun: 26-31.
- 25 Florentino DM, Sousa FRA, Maiworn AI, Carvalho ACA, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Rev Hosp Pedro Ernesto UERJ*. 2012 Jun: 50-57.
- 26 Hamza MA, White PF, Ahmed HE, Ghoname EA. Effect of the frequency do transcutaneous electrical nerve stimulation on the postoperative opioid analgesic requirement and recovery profile. *Anesthesiology*. 1999;91(5):1232-8
- 27 Sampaio LR, de Moura CV, de Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(4): 339-346
- 28 Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso brasileiro de fadiga. 2010; 3(2 Suppl 1): 1-32.
- 29 Nava S, Ferrer M, Esquinas A, Scala R, Groff P, Cosentini R, Guido D, Lin C, Cuomo AM, Grassi M. Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a

randomised feasibility trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 219–27

30 Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, White DB, Hill N, Keenan SP, Benditt JO, Kacmarek R, Kirchhoff KT, Levy MM. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: Understanding the goals of therapy. *Crit Care Med*. 2007; 35(3): 932 – 939.

31 Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken NA, et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006; 31 (5): 421-430.

32 Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ. Palliative care for older people: better practices. *World Health Organization Europe*. 2011: 1-72

33 Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP [Internet]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; c2000 [2º ed revisado e atualizado em 2012]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/214773179/Manual-de-Cuidados-Paliativos-ANCP-2012>

34 Revista Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso brasileiro de constipação intestinal. 2009; 2 (3- Supl 1): 1-40.