

FISIOTERAPIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO SOB CUIDADOS PALIATIVOS

JULIANA LIMA PINTO¹, JEAN RIBEIRO OLIVEIRA¹, MANUELA DE TEIVE²

¹ Fisioterapeuta, Graduando em Fisioterapia Hospitalar - EBMSP

² Docente da Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar - EBMSP

RESUMO

INTRODUÇÃO: As doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde. Uma abordagem humanista e integrada são características fundamentais para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida. Nesse sentido, a fisioterapia possui um conjunto de recursos terapêuticos que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida. **OBJETIVO:** Revisar a literatura acerca de possíveis condutas fisioterapêuticas a serem utilizadas no paciente oncológico em fase terminal internados no ambiente hospitalar. **MÉTODO:** A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, PubMed e SciELO, através da consulta pelos descritores: "Fisioterapia" (Physiotherapy), "Cuidados Paliativos" (Hospice Care) e "Modalidades de fisioterapia" (Therapeutic Modalities). Procurou-se por artigos apresentados na íntegra, escritos em Português, espanhol e Inglês, sem delimitação de tempo ou restrições sobre o tipo de estudo e amostra. **Resultados:** dos artigos selecionados, verificou-se que existem possibilidades terapêuticas positivas a serem utilizadas pelos fisioterapeutas, destacando-se terapia para a dor, alívio dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, reabilitação de complicações linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar, cuidados com as úlceras de pressão. **CONCLUSÃO:** Os Cuidados Paliativos tem como objetivo suprir as necessidades específicas de pacientes sem possibilidades terapêuticas. Sua inclusão no atendimento de pacientes oncológicos é de extrema importância, sendo uma necessidade crescente nos hospitais e instituições de saúde. O fisioterapeuta detém métodos e recursos exclusivos de sua profissão que são imensamente úteis nos Cuidados Paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Cuidados Paliativos; Modalidades de Fisioterapia

ABSTRACT

INTRODUCTION : Cancer is considered a public health problem by the high incidence, prevalence, mortality, and hospital costs, above all, the consequences on the quality of life of the subject, as well as demands of care for health professionals. A humanitarian and integrated approach are key features for the treatment of patients without the possibility of cure, reducing symptoms and increasing the quality of life. In this sense, physiotherapy has a set of features that complement therapeutic palliative care, both in the improvement of symptomatology and quality of life. **OBJECTIVE :** To review the literature about possible physical therapy procedures to be used in end-stage cancer patients admitted to the hospital. **METHODS:** A survey was conducted in the electronic databases LILACS, MEDLINE, PubMed and SciELO, through consultation by the descriptors "Physical Therapy" (Physiotherapy), "Palliative Care" (Hospice Care) and "Physical Therapy Modalities" (Therapeutic Modalities). We looked for items presented in full, written in Portuguese, Spanish and English, with no boundaries of time or restrictions on the type of study and sample. Results: of the articles, it was found that there are positive therapeutic possibilities for use by physiotherapists, especially therapy for pain relief of psychophysical symptoms, activity in musculoskeletal complications, rehabilitation of lymphatic complications in actuation fatigue, improved function pulmonary care with pressure ulcers. **CONCLUSION :** Palliative Care aims to meet the specific needs of patients without therapeutic possibilities. Its inclusion in the care of cancer patients is of utmost importance, and a growing need in hospitals and health institutions. The physiotherapist has unique features and methods of their profession that are immensely useful in Palliative Care.

INTRODUÇÃO

Câncer é uma doença crônico-degenerativa caracterizada pelo crescimento anormal e descontrolado de células que sofreram alteração em seu material genético, em algum momento de seu ciclo celular. Essas células geneticamente modificadas podem invadir os tecidos e órgãos, espalhando-se para outras regiões do corpo^{1,2}.

Atualmente, as doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde^{3,4,5}. Nos países desenvolvidos, por exemplo, a doença constitui a segunda causa de morte após as doenças cardiovasculares, sendo que no Brasil a realidade é a mesma⁴, onde o número estimado para 2013 é de 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, que é o tipo mais incidente para ambos os sexos com 134 mil casos novos, seguido de próstata, 60 mil, mama feminina, 53 mil, cólon e reto, 30 mil, pulmão, 27 mil, estômago, 20 mil e colo do útero com 18 mil^{6,7}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), conceituou cuidados paliativos como o cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual, tendo como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e família⁸.

Um enfoque humanista e integrado são atributos fundamentais para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida. Prioriza o paciente, no qual, é compreendido como uma pessoa ativa e com direitos a comunicação e decisão sobre suas escolhas de tratamento. Oferece um suporte psicológico, físico, espiritual e social dos pacientes e de seus familiares, proporcionando uma melhor qualidade de vida dos doentes^{9,10}. Para isto necessita-se de uma equipe multiprofissional apta a compreender todas as necessidades físicas, psicológicas e espirituais presentes nestes casos¹⁰.

Nesse sentido, a fisioterapia possui um conjunto de recursos terapêuticos que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida¹¹.

A falta de padronização de recursos a serem utilizados pela fisioterapia em pacientes oncológicos, vivenciados na prática hospitalar, dificultam o acompanhamento fisioterapêutico, reduzindo, assim, a qualidade e a eficácia do tratamento contra o câncer. Diante do exposto, o presente estudo realizou uma revisão de literatura sobre possíveis condutas fisioterapêuticas utilizadas em indivíduos com câncer terminal sob cuidados paliativos no ambiente hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, no qual foi realizada a captação de publicações sobre

as possíveis condutas utilizadas por fisioterapeutas em pacientes oncológicos na fase terminal internados no ambiente hospitalar. A seleção dos artigos ocorreu no período de julho a novembro de 2013, nos idiomas Português, Espanhol e Inglês. A pesquisa foi realizada através de bancos de dados científicos eletrônicos (MEDLINE, Scielo, Lilacs, Biblioteca Cochrane), sites de organizações ou instituições voltadas à pesquisa ou ao atendimento de pacientes com câncer, através da consulta dos descritores: “Fisioterapia” (Physiotherapy), “Cuidados Paliativos” (Hospice Care) e “Modalidades de fisioterapia” (Therapeutic Modalities). Foi dada preferência às publicações mais recentes, no período de 2003 a 2013, sendo incluídos três artigos de 2001, pela sua relevância acerca do assunto. Os textos foram analisados e sintetizados de forma reflexiva a fim de obter informações consistentes.

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos (CP) são um tipo de cuidado infrequente em nossa sociedade, no entanto, surgem como importante escolha ética para os cuidados com o paciente terminal. A fisioterapia tem importante papel na equipe multidisciplinar de CP, na medida em que melhora o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes¹¹.

A ética dos CP opõe-se totalmente à eutanásia (abreviação passiva ou assistida da vida) e à distanásia (prolongamento inútil da vida) freqüentemente realizada em hospitais, muitas vezes devido a um despreparo ético e à obstinação terapêutica comum na vida contemporânea. Os CP identificam-se com o

conceito de ortotanásia (morte boa) na medida em que acreditam na manutenção da vida dentro de um contexto de bem-estar e renegam a introdução indiscriminada de técnicas agressivas ao paciente fora de possibilidades terapêuticas^{12,13}.

Quando se fala em cuidados paliativos deve-se ter uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida¹⁴. A fisioterapia possui um conjunto abrangente de técnicas que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida. Entre as principais indicações estão a terapia para a dor, alívio dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, reabilitação de complicações linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar, cuidados com as úlceras de pressão^{14,15}.

As limitações funcionais estão presentes em quase todos os pacientes, principalmente, nas atividades de vida diária (AVD's), como a higiene pessoal que é de fundamental importância, deixando-os assim desanimados em não poder realiza-las. Através destes dados o fisioterapeuta pode influenciar para melhor realizar suas AVD's e melhorar sua auto-estima^{4,16}.

A dor é uma das principais e mais frequentes queixas do paciente oncológico, constituindo por componentes físicos, mentais, sociais e espirituais, o que revela a importância da atuação multiprofissional. Devendo por isto ser

valorizada, controlada e tratada em todas as etapas da doença. A prevalência de dor aumenta com a progressão da doença. Dor moderada ou intensa ocorrem em 30% dos pacientes com câncer recebendo tratamento e em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado¹⁷.

Para Marcucci, dentre as intervenções fisioterapêuticas para a dor, a eletroterapia traz resultados rápidos, no entanto traz alívio variável entre os pacientes. No contexto terapêutico atual, não é possível tratar a dor oncológica somente com o uso de corrente elétrica analgésica, mas é possível diminuir de forma significativa o uso de analgésicos e conseqüentemente seus efeitos colaterais¹⁸.

Na revisão de literatura apresentada por Sampaio et al¹⁴, que teve como objetivo conhecer alguns recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica, foram citados a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)¹⁹, a aplicação do calor (termoterapia), com objetivo de promover relaxamento muscular interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, em indivíduos portadores de tumores primários ou secundários, os quais podem estar comprimindo estruturas neuromusculares causando dor, ressaltando que a termoterapia superficial e profunda são contra indicadas quando aplicadas diretamente sobre as áreas de tumor maligno, o frio (crioterapia), a massagem para induzir o relaxamento muscular e o alívio da dor, e a cinesioterapia, com diferentes tipos de exercícios físicos, passivos, ativos, ativos assistidos e ativos resistidos, para serem utilizados em pacientes com câncer, de acordo com a gravidade do déficit funcional.. De

maneira que a utilização dos exercícios terapêuticos deve ser adaptada à capacidade de cada indivíduo.

O uso da Corrente Interferencial é uma boa indicação para diminuição da dor, no entanto ainda não há consenso sobre qual variação da amplitude modulada de frequência (AMF) é mais eficaz. Talvez esta variação esteja relacionada com as características individuais de tecidos da pele e músculos durante passagem da corrente, sendo que variações de lípidos, água e íons interferem na geração da Corrente Interferencial, não sendo possível definir o quão é reprodutível o fenômeno no interior dos tecidos²⁰.

A crioterapia tem um histórico expressivo como tratamento de dor, com eficácia comprovada, baixo custo e fácil aplicação. Não há estudos conclusivos sobre a diminuição de dor oncológica através de crioterapia, mas sua aplicação pode ser útil para dores músculo-esqueléticas sendo, sendo realizada por bolsas ou imersão em água gelada 2 a 3 vezes ao dia durante 15 a 20 minutos. O uso do calor não é recomendável para pacientes com câncer, em especial no local do tumor, pois aumenta a irrigação sangüínea local¹⁸.

A orientação de repouso é necessária em alguns momentos, mas não deve ser mantida durante toda a evolução da patologia, ou a fadiga será perpetuada e agravada em seus sintomas. O excesso de descanso e a inatividade física podem gerar ou agravar o estado de dor entre outras complicações, como fraqueza muscular, descondicionamento

cardiovascular, respiração superficial e alterações posturais¹⁸.

Posicionamentos realizados no leito com o ângulo entre 30° e 45°, são importantes para: a movimentação diafragmática, favorecer a mecânica respiratória e adicionar volumes pulmonares²¹. O posicionamento realizado em prono, melhora a ventilação/ perfusão, a capacidade residual funcional, diminui o shunt pulmonar para pacientes que apresentem dispneia, padrão ventilatório superficial e hipoxemia grave, já o posicionamento nas laterais, com a utilização da gravidade, contribui no deslocamento das secreções traqueobrônquicas e beneficia a ventilação pulmonar para pacientes que apresenta ter secreção e atelectasia^{21,22}.

Durante o processo oncológico ocorre uma série de alterações de comportamento ou exacerbação de problemas sociopáticos como irritabilidade, fraqueza, nervosismo, medos, ruminação de idéias, exacerbação de atos falhos e obsessivos, além de rituais compulsivos. A angústia é comum e as exacerbações de sensibilidade com provocações e discussões são mais freqüentes. A depressão faz com que o indivíduo tenha a queda ou o aumento do apetite, as alterações de sono, a irritabilidade, a apatia, o torpor afetivo e a perda de interesse e desempenhos sexuais são comumente encontrados²³.

As técnicas de relaxamento estão bem envolvidas na prática fisioterapêutica, podendo ser proveitoso o trabalho conjunto com o psicólogo, psiquiatra e o educador físico.

Dentre as diversas técnicas cita-se como exemplo as técnicas de terapias manuais, o watsu, o yoga, o relaxamento induzido, o tai-chi-chuan e exercícios físicos²⁴.

Oncologistas garantem que fazer exercícios não só é seguro e possível, como também ajuda a melhorar a resposta ao tratamento, a disposição e a qualidade de vida do paciente, trazendo benefícios, como melhora da autoestima, controle do peso, diminuição do risco de desenvolver depressão e náuseas, melhora do humor, e combate da fadiga e da caquexia²⁵. A inatividade prolongada e o repouso no leito causam uma redução na capacidade funcional dos órgãos e sistemas até que novos sintomas e sinais de descondição, do corpo apareçam. Se a inatividade não for substituída por atividade, a redução funcional levará à incapacidade⁴.

A deambulação nos pacientes oncológicos é restrita devido às alterações que o câncer provoca no organismo. Esta técnica oferece um melhor funcionamento e evita alterações neuromusculares. A marcha executada por vinte minutos com a respiração mais intensa, bem como o suspiro, oferecem uma melhor expansão pulmonar, como resultado, melhora a postura e o domínio postural, facilitando a realização da marcha de forma eficiente nestes pacientes^{25,26}.

Os métodos de terapia manual podem ser utilizados para complementar o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente²³. Também para diminuição da tensão muscular gerada pela dor, o uso de

alongamentos é eficaz e pode ser utilizado com relativa facilidade e baixo custo, sempre que possível com orientação de um fisioterapeuta²⁷.

Para Marcucci, os alongamento e os métodos de terapia manual podem ser utilizados para complementar o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente, juntamente com os exercícios físicos, beneficiando assim no alívio dos chamados sintomas psicofísicos, como estresse e depressão. São eficazes e podem ser utilizados com relativa facilidade e baixo custo, sempre que possível com orientação¹⁸.

A infecção respiratória é a principal causa de internamento em terapia intensiva oncológica, e a fadiga afeta 96% dos pacientes oncológicos, podendo afetar também a musculatura respiratória. A fisioterapia respiratória mantém e melhora a força muscular, podendo ajudar na prevenção de complicações nestes pacientes²⁸.

Ozalevli et al²⁹, investigaram o efeito da fisioterapia respiratória em pacientes com câncer de pulmão. O programa incluiu o controle de respiração, exercícios respiratórios, treino de relaxamento, mobilizações entre outros, projetado para atender a necessidade individual de cada paciente. Após o programa de exercícios, houve uma diminuição significativa da severidade da dispneia, fadiga, e sintomas de dor, estado emocional e no sono.

Villascusa et al³⁰, em 2008, relatam que o sistema de alto fluxo, proporcionado pelo cateter nasal, diminui o trabalho respiratório, melhora a hipoxemia. Já para Bassani et al³¹, 2008, relatam que a técnica abordada objetiva minimizar o trabalho respiratório, melhora a troca gasosa, a frequência respiratória, a dispneia e nos casos de insuficiência respiratória aguda e crônica e proporcionar um conforto e alívio sem precisar de intubação traqueal do paciente. O mesmo artigo relata estudos que a técnica prolonga a vida de pacientes com doenças terminais.

A insuficiência respiratória aguda (IRpA) é uma das principais indicações de internação nas unidades de terapia intensivas (UTI). A ocorrência desta complicação é, frequentemente, vista pelos profissionais da saúde que lidam com pacientes oncológicos, principalmente nas fases avançadas da doença³².

Quadros súbitos de dispnéia são extremamente desconfortáveis para o paciente e, quando decorrentes de IRpA, acarretam em risco imediato de vida. Técnicas não invasivas como o correto posicionamento corporal, exercícios respiratórios e a VMNI, tem como principais objetivos adequar as trocas gasosas e diminuir o trabalho ventilatório evitando em alguns casos a intubação traqueal, que também pode contribuir para o surgimento de complicações como infecções de vias aéreas superiores e inferiores, que sabidamente aumentam a mortalidade^{32,33}.

Nava et al³⁴, em 2007, observaram em estudo multicêntrico prospectivo, que a maioria dos hospitais europeus com serviço de

cuidados paliativos, utiliza a VMNI como principal suporte ventilatório nos casos de pacientes que optam pela não intubação. Entretanto, existem autores que acreditam que a VMNI é uma forma de prolongar a vida de pacientes sem proposta terapêutica curativa³³.

Complicações respiratórias como atelectasia, acúmulo de secreção devido à diminuição da movimentação do transporte mucociliar e enfraquecimento da tosse, são frequentes em pacientes acamados, logo, medidas preventivas podem ser adotadas pelo fisioterapeuta, com mudança de decúbitos, incentivo da atividade voluntária e aumento da profundidade da respiração, técnicas de reexpansão pulmonar, terapia de higiene brônquica, e deambulação precoce^{18,35}.

Outras complicações foram mencionadas por estudos. Tonezzer et al⁷, sugerem que a utilização da TENS de baixa frequência no ponto PC6- Neiguan (ponto de acupuntura), pode ser benéfica no controle dos sintomas de náuseas e vômitos provocados pela quimioterapia. Rech et al³⁶, em sua revisão sistemática concluiu que apesar de a compressão pneumática ainda ser utilizada no tratamento do linfedema, não há evidencia suficiente para dar suporte a qualquer tipo de recomendação dessa terapia. A escassez de estudos na área e o baixo rigor metodológico dos que se encontram disponíveis dificultam um resultado fidedigno e verídico para apoiar ou recusar o seu uso.

As úlceras de pressão são complicações frequentemente enfrentada por pacientes acamados, ocorrendo principalmente em áreas de proeminência óssea, podendo vir

acompanhada de odor, drenagem e desfiguração, em alguns casos podem ser fonte de dor, e o tratamento quando já instalada é à base de curativos e desbridamentos que nem sempre alcançam a cura³⁷. O alívio de pressão é essencial para a prevenção sendo necessário o trabalho conjunto da equipe na mobilização do paciente^{37,38}.

Os recursos fisioterapêuticos mais comum são o ultrassom, o laser e luz ultravioleta (UV). Segundo revisão sistemática de Flemming e Collum³⁹, em 2004, há pouca evidência sobre a efetividade do ultra-som no tratamento de úlceras de decúbito. O laser de baixa intensidade ainda é alvo de discussão, estudos indicam que sua efetividade é limitada. O uso de eletrotermoterapia para úlceras de pressão ainda é inconclusivo, sendo necessário mais estudos de qualidade para estabelecer parâmetro terapêutico^{39,40}.

Os parâmetros fisiológicos devem sempre ser cuidados, a fim de promover bem-estar aos indivíduos. Nos estágios avançados da doença verifica-se um aumento da incidência de anemia. Em quase todos os casos, os mecanismos responsáveis pela anemia são extrínsecos ao tumor e podem ser devido a diversas causas. Os fisioterapeutas responsáveis devem sempre analisar e considerar a contagem de plaquetas, hemoglobina e hematócrito antes de iniciar qualquer terapêutica, e garantir o atendimento nas possibilidades do paciente¹⁵.

Os pacientes oncológicos que têm acesso ao tratamento fisioterapêutico reconhecem os seus benefícios. Mesmo os pacientes que não

têm esse acompanhamento mencionam que a fisioterapia pode contribuir para o seu tratamento, o que demonstra o reconhecimento desse serviço por essa população¹, sendo evidenciado na prática do profissional.

CONCLUSÃO

Com base nos artigos selecionados foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos no atendimento aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, onde o processo de cuidar é prioritário ao processo de tratar.

Os Cuidados Paliativos tem como objetivo suprir as necessidades específicas de pacientes sem possibilidades terapêuticas. Sua inclusão no atendimento de pacientes oncológicos é de extrema importância, sendo uma necessidade crescente nos hospitais e instituições de saúde. Para desenvolver um melhor preparo profissional, os conceitos empregados nos Cuidados Paliativos devem ser difundidos entre os fisioterapeutas, e estudos de qualidade são uma necessidade urgente para estabelecer os recursos fisioterapêuticos úteis aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.

O fisioterapeuta detém métodos e recursos exclusivos de sua profissão que são imensamente úteis nos Cuidados Paliativos, e sua atuação corrobora com o tratamento multiprofissional e integrado necessário para o atendimento de pacientes com câncer.

REFERÊNCIAS:

1. Borges CAM, Silveira CF, Lacerda PCMT, Nascimento MTA. Análise dos métodos de Avaliação, dos recursos e do Reconhecimento da fisioterapia Oncológica nos Hospitais

Públicos do Distrito Federal. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(4): 333-344

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. O câncer e seus fatores de risco: O que a educação pode evitar? INCA, 2013; 2ª ed, Revista anual – Rio de Janeiro
3. Herr GL, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP et al. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 33-41
4. Darolti J, Freitas TP, Freitas LS. Diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes oncológicos internados no Hospital São José de Criciúma/SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2011;40(2): 18-23
5. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB. Atividade Física e Qualidade de vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de tratamento Quimioterápico. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(3):321-330
6. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA;2011.118p.
7. Tonezzer T, Tagliaferro J, Cocco M, Marx A. Uso da Estimulação Elétrica Transcutânea Aplicada ao Ponto de Acupuntura PC6 para a Redução dos sintomas de Náusea e Vômitos Associados à Quimioterapia Antineoplásica. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(1): 7-14
8. Silva RC, Hortale VA. Palliative care in cancer: elements for debating the guidelines. Cad Saude Pública 2006;22:2055-2066.
9. Rodrigues, Inês Gimenes. Cuidados Paliativos: Análise De Conceito. Ribeirão Preto. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.
10. Santos, Míria Conceição Lavinias; Pagliuca, Lorita Marlena Freitag; Fernandes, Ana Fátima Carvalho. Cuidados Paliativos Ao Portador de Câncer: Reflexões Sob o Olhar De Paterson e Zderad. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 2, 2007.

11. Carvalho RM, Silvério GC. Qualidade de vida ao paciente terminal com câncer. In: 1º Prêmio de Oncologia Novartis – Saúde Brasil; 2006.
12. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
13. McCoughlan MA. Necessidade de cuidados paliativos. O Mundo da Saúde. 2003; 27:06-14.
14. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(4): 339-346
15. Cipolat S, Pereira BB, Ferreira FV. Fisioterapia em Pacientes com Leucemia: Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(2): 229-236
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Fisioterapia ajuda a prevenir e superar as sequelas decorrentes do tratamento oncológico. Revista Rede Câncer. Dez 2011; 16: 18-22. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n16/revista_16
17. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. INCA, 2001. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf
18. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(1): 67-77
19. Pena R, Barbosa LA, Ishikawa NM. Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo (TENS) na Dor Oncológica – uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2): 193-199
20. Johnson MI, Tabasam G. An investigation into the analgesic effects of different frequencies of the amplitude-modulated wave of interferential current therapy on cold-induced pain in normal subjects. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(9):1387-94.
21. Marcucci, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, Paraná, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005. Disponível em: <www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao4.pdf>.
22. Isabel C, Jung G, Lopes P, Francisco A. Influência do Posicionamento Terapêutico na Ventilação, Perfusão, Complacência Oxigenação Pulmonar. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 8, n. 26, 2010. Disponível em:< seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/.../878>.
23. Pimenta CAM. Dor oncológica: bases para a avaliação e tratamento. Mundo Saúde. 2003; 27(1): 98-110.
24. World Health Organization. Traditional medicine strategy 2002-2005. Geneva: WHO; 2003.
25. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Malhação Terapêutica. Revista Rede Câncer. Dez 2012; 20: 5-7. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n20/revista_20
26. Lopes R; Lage R; Alves R. Conduta Fisioterápica no Linfedema Pós Mastectomia Por Câncer de Mama. Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos, Goiás, v. 3, n. 1, 2008. Disponível em: <www.fmb.edu.br/revista/volume3_n1_es.php>
27. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2001.
28. Riedi C, Mora CTR, Driessen T. Força muscular respiratória em pacientes oncológicos hospitalizados. Ver Bras Fisioter. 2012;16(Supl 1):454.
29. Ozalevli S, Ilgin D, Karaali HK, Bulac S, Akkoçlu A. The effect of in-patient chest physiotherapy in lung cancer patients. Support Care Cancer, 2010; 18:351–358
30. Villaescusa J, S. Mencía, Escobar E. Experiencia con la oxigenoterapia de alto flujo en cánulas nasales en niños. Anales de pediatria (Barcelona), España, v. 68, n. 1, p. 4-8, 2008.
31. Bassani, Almada M, Beatriz A. O Uso da Ventilação Mecânica Não-Invasiva nos Cuidados Paliativos de Paciente com Sarcoma Torácico Metastático. Relato de Caso. Revista

Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 205-209, 2008.

32. Nava S, Cuomo AM - Acute respiratory failure in the cancer patient: the role of non-invasive mechanical ventilation. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2004;51:91-103.
33. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, et al. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit Care Med*, 2007;35:932-939.
34. Nava S, Sturani C, Hartl S, et al. End-of-life decision-making in respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J*, 2007;30:156-164.
35. Lunardi AC, Resende JM, Cerri OM, Carvalho CRF. Efeito da continuidade da fisioterapia respiratória até a alta hospitalar na incidência de complicações pulmonares após esofagectomia por câncer. *Fisioterapia e Pesquisa* 2008; 15(1): 72-7
36. Rech JBS, Nóbrega L, Lemos A. Compressão Pneumática no Tratamento de Linfedema Pós-mastectomia: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 56(4):483-491
37. Eisenberguer A, Zeleznik J. Pressure ulcer prevention and treatment in hospices: a qualitative analysis. *J Palliat Care*. 2003;19(1):9-14.
38. Cullum N, Deeks J, Sheldon TA, Song F, Fletcher AW. Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. *Cochrane Library*. 2004;(2).
39. Flemming K, Cullum N. Therapeutic ultrasound for pressure sores. *Cochrane Library*. 2004;(2).
40. Lucas C, Coenen CHM, De Haan RJ. The effect of low level laser therapy (LLLT) on stage III decubitus ulcers (pressure sores); a prospective randomised single blind, multicentre pilot study. *Lasers Med Sci*. 2003;15(2):94-100.

Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar, 2013

Revisão de literatura

Escola Bahiana de medicina e saúde Pública - EBMSP.

Avenida Dom João VI, nº 275. Brotas. CEP 40290-000

Tel: (71) 3276-8200

AUTORES:

Jean Ribeiro Oliveira

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Pós graduando em Fisioterapia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

jeanribeirooliveira@yahoo.com.br

(71) 8177-5010

Juliana Lima Pinto

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Pós graduanda em Fisioterapia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), e com formação complementar em Pilates. Instrutora de Pilates do Grupo Expansão.

juliana_pinto@ymail.com

(71) 9307-6829

Manuela de Teive

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário da Bahia. Pós Graduada em Fisioterapia Oncológica pela FACIS - São Paulo e com formação complementar em Linfoterapia e Crochetagem. Fisioterapeuta Oncológica da Clínica CLION (grupo CAM), Núcleo do Movimento (NOB) e Cuidar (Centro Médico Garibaldi). Membro do Conselho Fiscal da ABFO (Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia).

manuela_teive@yahoo.com.br