
CUIDADOS PALIATIVOS NO PACIENTE IDOSO: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar

Palliative care in the elderly: physical therapists' role on multidisciplinary team

Luiz Carlos dos Reis Júnior

Fisioterapeuta, formado pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI – BH), Especialista em Saúde Pública pela FUNEDI – UEMG, Especializando em Tecnologia Assistida pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG.
e-mail: juniorluiz@ig.com.br

Paula Elisa Avelar Maia dos Reis

Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia, Gerontóloga pela SBBG, Mestranda em Educação, Cultura e Organizações Sociais pela FUNEDI – UEMG, Professora Assistente do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI – BH), Departamento de Ciências Ambientais e da Saúde (DCBAS) do UNI – BH. Belo Horizonte – MG.
e-mail: paulaelisam@ig.com.br, paulaelisam@yahoo.com.br

Resumo

Objetivou-se condensar conhecimento científico relacionado ao papel da fisioterapia em pacientes idosos com doenças terminais através de revisão bibliográfica pela metodologia *Cochrane*. Nos sites *SIBRADID*, *SciELO* e *PubMed* foram encontrados apenas sete estudos empíricos acerca do assunto, sendo que a maior parte deles se relacionava a pacientes com câncer terminal. Apenas dois abordavam outras patologias: insuficiência cardíaca congestiva, artrite reumatóide, osteoartrite, fraturas, bronquite, acidente vascular encefálico. Os principais papéis do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar ressaltados foram: ajudar o paciente a manter sua identidade; apoiá-lo na manutenção de vida ativa até a morte; gerar conforto; treinar habilidades remanescentes; promover atividade corporal; manter a autonomia dos pacientes; incentivar a convivência com a família e amigos; orientar os cuidadores. Os principais sintomas identificados nos pacientes, sobre os quais a fisioterapia pode atuar, foram: fadiga; dispnéia; déficit de locomoção; perda da funcionalidade; ansiedade; espasmo muscular; dor; fraqueza; acúmulo de secreção; úlcera de pressão; perda do equilíbrio; contratura; constipação intestinal; depressão; edema. As condutas fisioterápicas mais citadas foram: massagem; movimentação passiva, ativo-assistida e ativa; posicionamento; transferência; mudança de decúbito; infravermelho; estimulação elétrica transcutânea; compressão e elevação; vibrocompressão; drenagem postural; respiração diafragmática; estímulo à tosse; aspiração; prescrição de auxílio para marcha; treino de deambulação. Os cuidados paliativos (CP) são um tipo de cuidado incomum em nossa sociedade, no entanto, surgem como importante opção 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 pacientes.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Idosos; Fisioterapia.

Abstract

This study gathered scientific knowledge on physical therapists' role in elderly with terminal diseases through a review following Cochrane methodology. Searches in SIBRADID, SciELO and PubMed sites revealed only seven empirical studies on this subject, and almost all of them were related to patients with advanced cancer. Only two of them referenced other diseases: congestive heart failure, rheumatic arthritis, osteoarthritis, fractures, bronchitis, stroke. Physical therapists' main roles found on the articles were: help patients maintaining their self identity; support them on keeping an active life until death; bring comfort; promote a functional training; support body activity; help patients in maintaining autonomy; afford social contact with family and friends and promote caregiving education. Symptoms identified on patients from the seven studies were: fatigue; short breath; locomotion impairment; functional loss; anxiety; muscle spasm; pain; weakness; sputum accumulation; pressure sores; balance impairment; contracture; constipation; depression; swelling. Physical therapists' most cited therapeutic measures were: massage; passive, active and assisted-active movements; positioning in bed; transfer manoeuvres; bed transfers; infrared lamp; transcutaneous electrical stimulation; compression and elevation; respiratory manoeuvres; postural drainage; diaphragmatic breathing; cough stimulation; aspiration; ambulatory devices prescription; gait train. Palliative care are uncommon sort of treatment in our society, nevertheless, they are an important ethical option when dealing with terminal patients. Physical therapy has a determinant place on multidisciplinary team, since it improves patients sense of well being and quality of life.

Keywords: *Elderly; Palliative care; Physical therapy.*

INTRODUÇÃO

Os censos demográficos têm demonstrado aumento significativo do subconjunto populacional de idosos no Brasil e revelado perspectivas de envelhecimento populacional ainda maior em futuro próximo (1, 2, 3, 4, 5).

Dentro da população geriátrica em expansão, o segmento de idosos acima dos 75 anos é o que mais cresce, o que nos leva a nos depararmos com idosos vivendo em situação de pobre saúde, dependência funcional e restrição ao leito (6). Uma vez que a situação de fragilidade do idoso chega a um nível irreversível, a equipe de saúde tem por objetivo o alívio do sofrimento deste paciente, o que requer maior humanização dos profissionais e também maior consciência e senso crítico acerca da escolha de condutas a serem aplicadas ao paciente, a fim de que estas não provoquem maior agonia. Foi diante dessas necessidades que teve origem o conceito de CP (1, 7, 8, 9).

A Organização Mundial da Saúde (10) define CP como: "Medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".

Dentro da literatura disponível, CP tem ganhado cada vez maior destaque, no entanto, a maior parte das referências acerca do assunto trata do conceito de forma geral (1, 6, 10,11) e outras tratam do papel da enfermagem e da medicina em pacientes oncológicos em estágio terminal (12, 13).

A literatura científica demonstra a efetividade das técnicas e recursos fisioterapêuticos em diversas patologias que são comumente desenvolvidas por idosos que se encontram restritos ao leito por tempo prolongado, como a pneumonia por aspiração, úlceras de pressão, osteoporose, fraturas, fadiga muscular e diversas outras (14, 15, 16). No entanto, não há muitos artigos de revisão bibliográfica que compilem todos os dados referentes à abordagem que a fisioterapia pode desenvolver com este paciente, dentro da equipe multidisciplinar, do contexto e da filosofia do CP.

O objetivo deste estudo, portanto, foi o de pesquisar em *sites* científicos como *PEDro*, *SciELO*, *PubMed* e *Sibradid*, artigos referentes à relação entre fisioterapia e cuidados paliativos em idosos e organizar os principais achados de acordo com a metodologia de revisão da *Cochrane*.

METODOLOGIA

Foi usada a metodologia *Cochrane* para a realização desta revisão da literatura.

Em primeiro lugar, foram consultados os centros de publicação de revisões da *Cochrane*: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)*, e *Health Technology Assessment (HAT) Database*. Não foram encontradas, nestas bases, revisões publicadas sobre o assunto deste estudo.

Foi feita, então, uma busca em *sites* científicos, como o *SIBRADID*, *PEDro*, *SciELO* e *PubMed*, de artigos referentes ao papel da fisioterapia nos cuidados paliativos, nas línguas portuguesa, francesa, inglesa. Foram cruzados os termos: *physical therapy x palliative care*, em *sites* de busca por língua inglesa e fisioterapia x cuidados paliativos, em *sites* de língua portuguesa.

RESULTADOS

Na *Sibradid*, foram pesquisadas 10 revistas relacionadas à fisioterapia e nenhum artigo foi encontrado; no *SciELO* também não foi encontrado nenhum artigo; no *PEDro* foram encontrados três artigos de metanálise: dois que abordavam a atuação fisioterápica na fadiga sistêmica em pacientes com câncer (ca) (17, 18) e um que falava do tratamento da dor em pacientes com Artrite Reumatóide (AR) avançada (19). No *PubMed* foram identificados 83 artigos, no entanto apenas 21 estavam diretamente relacionados ao tema pesquisado. Destes, 3 artigos não foram localizados pelo setor de comutação em bibliotecas da América Latina (16, 20, 21) outro estava em língua diversa das selecionadas (alemão) (22), outros 3 abordavam tratamentos não-curativos (paliativos) de doenças como o Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a AR e outras desordens musculoesqueléticas e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). No entanto, apesar destes últimos não abordarem tratamentos curativos, eles não falaram sobre cuidados aos pacientes ao fim da vida, e nem seguiram a filosofia dos CP (23, 24, 25). Dos outros 13 artigos, apenas sete eram de estudos empíricos (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). Desses, a maior parte abordava o tratamento paliativo em pacientes com ca terminal (26, 28, 29, 31, 32). Apenas 2 abordavam outras patologias: insuficiência cardíaca congestiva (ICC), AR, osteoartrite (OA), fraturas, bronquite, AVE (27, 30) (Dados sumarizados na TAB.1).

DISCUSSÃO

O desejo do homem de cuidar do seu semelhante de forma digna no momento da morte remonta da antiguidade (13). Na Idade Média, diversos locais, como hospedarias e conventos, começaram a prestar um tipo de cuidado humano àqueles que sofriam em seus últimos dias de vida e foram chamados de *hospices* (6), dando origem ao conceito de CP. No entanto, foi somente em meados de 1970 que este conceito foi institucionalizado pela médica *Cecily Saunders*, na Inglaterra, onde ela constituiu o *Hospice St. Christopher's*, o primeiro no mundo voltado para uma abordagem que seguia a filosofia dos CP (1, 8). Os CP ganharam reconhecimento mundial pela OMS, em 1980 (6, 13). No Brasil, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) foi fundada em 1997, em São Paulo, e luta pela disseminação deste conhecimento e pela capacitação de profissionais para atuarem com pacientes terminais de forma digna (33).

O cuidado com a dor e o sofrimento são pontos centrais na filosofia dos CP. O conceito de CP e de *Hospice* está mais relacionado ao tipo de cuidado prestado aos pacientes do que a uma instituição específica que forneça este tipo de serviço (8). Este tipo de cuidado envolve a tentativa de respeitar a

vontade e dignidade da pessoa até seu último momento bem como a assistência profissional para alívio dos sintomas físicos, psíquicos e espirituais (8, 13), sendo que a equipe dos CP deve ser multiprofissional, podendo envolver psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos, terapeutas ocupacionais, religiosos, voluntários e outros (9).

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 (8, 11).

A filosofia dos CP não é confrontar a constante atualização dos conhecimentos terapêuticos, e sim ir além deles, abrangendo de forma completa todas as necessidades do paciente. Com o crescente desenvolvimento tecnológico, as melhorias e as vantagens adquiridas na efetividade do tratamento fazem com que a prestação de serviço em saúde torne-se dependente de tecnologia e são menos valorizadas as práticas humanistas de preocupação, apreço e solidariedade com o indivíduo doente (6, 9, 11).

A supervalorização da vida física é caracterizada como outra tendência atual, que leva ao prolongamento da vida sem condições dignas e aceitáveis, tendo a plena convicção de que a impossibilidade de cura e de se evitar a morte é uma falha da medicina (11).

É necessário que o profissional e paciente revejam os seus parâmetros no conceito de vida e morte e estabeleçam suas próprias definições sobre este assunto. A impossibilidade de cura não é sinônimo da deterioração da relação terapeuta-paciente, mas uma maneira de estreitar e fortificar os laços desta relação, o que certamente beneficiará ambos (25). Um conceito estreitamente relacionado aos CP é a ortotanásia (*orto*=direito, normal; *tanásia*=morte) que é a idéia de morrer com dignidade considerando a morte como processo natural da vida (11). Para isso, é preciso respeitar o bem-estar e oferecer apoio ao indivíduo próximo à morte, não se afastar e parar os cuidados porque “nada mais pode ser feito”. O compromisso com o bem-estar do paciente em fase terminal permite a discussão de temas como a ortotanásia e suas opções de tratamento, sendo este conceito totalmente inverso ao de mistanásia (morte infeliz e insatisfatória) e não estando, de nenhuma forma, ligado à eutanásia (trazer a morte) ou à distanásia (afastar a morte) (8).

De acordo com a OMS (10), é importante a participação da família e amigos próximos no processo de aceitação e suporte do paciente. Além do suporte profissional, o envolvimento da família e amigos, quando possível, é sempre positivo. A presença da família oferece segurança e confiabilidade para o paciente em relação aos cuidados que estão sendo tomados para sua patologia e, muitas vezes, também participa ativamente dos processos de decisão do tratamento e do cuidado em si.

Segundo McCoughlan (8), não é raro pacientes que preferem passar seus últimos momentos em casa ao lado de familiares e amigos, e quando a família é participativa, esta deve aprender a identificar e gerir os sintomas físicos e psicológicos, que podem indicar uma doença aguda ou parte do processo de morrer, e saber que providências devem ser tomadas ou a quem encaminhar. Estes familiares responsáveis pelo paciente são denominados cuidadores, e tanto eles como os profissionais envolvidos, devem aprender a cuidar de si próprios nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais, já que o processo tende a ser desgastante se não houver uma aceitação e uma colaboração da equipe.

A abordagem multidisciplinar é importante para os CP porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes terminais, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa. Os profissionais da saúde devem aprender a respeitar as condições humanas, a dimensionar a fragilidade física e psicológica do paciente e do profissional em relação aos valores pessoais e espirituais e aprender a descartar ou não supervalorizar o que não é essencial para a vida. Para além da competência técnica profissional, nada substitui a pessoa humana como fonte e fator de cura para o doente (8).

Os profissionais da saúde devem valorizar pequenas realizações e dividi-las com seus pacientes, sendo necessário para isso manter uma linha de contato aberta com o paciente. A discussão de casos entre

profissionais é extremamente útil, pois acrescenta dados sobre o caso e sobre as diretrizes do tratamento, o que contribui para o crescimento profissional e o êxito do tratamento (12).

A ênfase da educação formal, até o presente momento, primou pela qualidade técnica e científica, subvalorizando os aspectos humanistas, transformando a área da saúde em ciência exata. Os cursos de formação para a área da saúde não abordam as necessidades dos pacientes terminais como pessoas e sim como estados patológicos, resultando em profissionais que se baseiam em evidências plenas com resultados controlados significantes, mas que não conseguem realizar boa anamnese por não dar crédito ao que o paciente relata. Diversos cursos de especialização ou informativos surgiram para suprir esta necessidade de esclarecer sobre os CP, mas estes cursos atraem efetivamente aqueles profissionais que já têm interesse sobre o assunto e reconhecem seu valor (8).

Num estudo de Clark (34), realizado com votantes voluntários pelo *site bmj.com*, quando questionados sobre o modo mais satisfatório de morrer, 80% de leigos e 77% dos profissionais de saúde referiram que seria melhor morrer sem sintomas desconfortáveis (dor, falta de ar, etc.) e a grande maioria preferiria passar seus últimos dias em casa. Cerca de 42% da população leiga prefere escolher quando morrer (com a possibilidade de adiantá-la) em comparação com 27% dos profissionais de saúde.

De acordo com Pessini (9), os CP, na forma de conforto físico e sedação da dor, é inadequado se utilizado como um tratamento final para a angústia terminal, pois a angústia é um estado da mente que se acha atormentada e que diz respeito a problemas emocionais não resolvidos ou conflitos interpessoais que afligem o paciente. A angústia terminal não é fruto de um mau funcionamento orgânico ou dano físico, mas das incertezas sobre a situação que há de vir.

De forma errônea, os CP são vistos como tratamento de “baixa tecnologia” por valorizarem o contato humano e isso não necessita de grandes investimentos e sim da capacitação dos profissionais da área de saúde e de participação efetiva deles nesse contexto (6, 9, 11).

O atendimento domiciliar por profissionais da saúde com a participação de familiares pode ser a solução para esses casos em que o paciente prefere ficar em um ambiente familiar. Alguns programas de *Home Care*, ao redor do mundo, demonstram que as famílias e cuidadores informais estão abertos ao desenvolvimento das habilidades necessárias para proporcionar um bom cuidado. Para esses familiares, toda a esperança estará focada na remissão da doença. Por vezes, o sentimento de esperança pode aumentar a expectativa de vida e diminuir o sentimento de perda (8, 12).

A comunicação é essencial para o alívio do sofrimento, pois possibilita ao paciente desenvolver um senso de controle sobre sua situação. A comunicação pode dissipar o sentimento de abandono, que é um dos principais desgostos enfrentados pelo paciente e familiares. Pela discussão do prognóstico e explicação do tratamento, os profissionais podem demonstrar sua atenção e mutualidade frente ao estado do paciente, respeitando as diferenças culturais e convencendo que o crescimento pode ocorrer mesmo no fim da vida. A esperança é instintiva e benéfica ao ser humano, auxiliando-o na busca de melhores condições e satisfação. Porém, em alguns casos, esta esperança deve ser redirecionada a objetivos mais simples, como a reintegração do paciente à sociedade, desenvolvimento de atividades culturais, físicas ou recreacionais (33).

Um desafio que os profissionais da saúde enfrentam é desenvolver meios para providenciar um atendimento sensível, que permita a manutenção da esperança simultaneamente ao confronto com a natureza terminal da doença. Um método que possa potencializar e facilitar este desafio é redirecionar a esperança do paciente para objetivos de curto prazo e que maximizem a qualidade de vida (17).

Nos CP, a prioridade é usar as habilidades profissionais para aliviar o sofrimento em todas as suas formas. Para isso, é necessário, como ponto central, utilizar-se de uma equipe multidisciplinar e, quando possível, especializada (6).

De acordo com Abraham (33), entre as profissões que podem contribuir para o desenvolvimento dos CP estão: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, voluntários, religiosos, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais papéis do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar ressaltados nos estudos apresentados nesta revisão foram: ajudar o paciente a manter sua identidade; apoiá-lo na manutenção de vida ativa até a morte; gerar conforto; treinar habilidades remanescentes; promover atividade corporal; manter a autonomia dos pacientes; incentivar a convivência com a família e amigos; orientar os cuidadores (32). Os principais sintomas identificados nos pacientes, sobre os quais a fisioterapia pode atuar, foram: fadiga; dispnéia; déficit de locomoção; perda da funcionalidade; ansiedade; espasmo muscular; dor; fraqueza; acúmulo de secreção; úlcera de pressão; perda do equilíbrio; contratura; constipação intestinal; depressão; edema (18, 27, 28, 24, 30, 31, 35). As condutas fisioterápicas mais citadas foram: massagem; movimentação passiva, ativo-assistida e ativa; posicionamento; transferência; mudança de decúbito; infravermelho; estimulação elétrica transcutânea; compressão e elevação; vibrocompressão; drenagem postural; respiração diafragmática; estímulo à tosse; aspiração; prescrição de auxílio para marcha; treino de deambulação (18, 24, 27, 28, 30, 31, 35). As principais características dos sete estudos empíricos estão descritos na tabela abaixo (Tabela 1).

Segundo Carvalho (2), o CP é conceituado pela OMS como “um cuidado ativo e total aos pacientes com doença sem possibilidade de tratamento curativo”.

A fisioterapia pode desempenhar papel importante nesse contexto, na medida em que promove controle dos sintomas, maximiza as habilidades funcionais remanescentes, promove educação e orientação aos cuidadores, mantém a autonomia dos pacientes, seu senso de identidade em meio a ambientes às vezes inóspitos e propicia e incentiva uma convivência maior com a família e os amigos queridos (32).

Por meio deste estudo de revisão bibliográfica, ficou claro o papel essencial da fisioterapia na equipe multidisciplinar. No entanto, houve unanimidade por parte dos autores lidos de que há pouquíssimos trabalhos que fundamentem a prática do fisioterapeuta junto aos pacientes em fase terminal de suas doenças (7, 27, 28, 30, 31, 35).

TABELA 1 - Principais características dos estudos empíricos que relacionaram CP e Fisioterapia

| | Objetivos | Amostra | Tipo de intervenção | Local/Tempo | Resultados |
|---------------|--|---|--|--|--|
| Estudo 1 (31) | *Avaliar a efetividade da fisioterapia na melhora funcional dos pacientes; *Verificar o reconhecimento e a satisfação do paciente e família com a reabilitação no fim da vida. | 301 pacientes com ca terminal e 169 famílias. | Tratamento fisioterápico e entrevistas com a família e paciente. | Hospice, 6,5 anos. | *Melhora do nível funcional (Índice de Barthel); *88% dos pacientes indicaram desejo de locomoção independente ao fim da vida; *78% estavam satisfeitos coma reabilitação ao fim da vida; *Quanto maior a contribuição da família, melhor o resultado obtido. |
| Estudo 2 (28) | *Avaliar a utilização da fisioterapia em um hospital de CP; *Caracterizar as habilidades funcionais em pacientes que recebiam atendimento fisioterápico; *Identificar os fatores relacionados à melhora funcional nesses pacientes. | 56 pacientes, idade média de 79 anos, 97% homens, todos com ca. | Tratamento fisioterápico. | Unidade Hospitalar de CP, 15 meses. | *37 pacientes realizaram fisioterapia regularmente, e outros 18 em algum momento de sua internação; *Os sintomas mais comuns foram descondiçionamento, dor, perda de equilíbrio e fraqueza. |
| Estudo 3 (27) | *Avaliar a utilização e o benefício da fisioterapia até o último momento da vida; *Discutir os métodos utilizados pela fisioterapia na equipe de CP. | 56 idosos; 35 com ca e 21 com outras condições patológicas. | Tratamento fisioterápico. | Centro de Cuidados Continuados, 6 meses antes do óbito (critério de inclusão). | *Fisioterapia respiratória foi administrada até as últimas 24 horas de vida em 79% dos pacientes; *Até oito dias antes da morte, técnicas fisioterápicas analgésicas foram utilizadas em 39% dos pacientes, e para 36% até as últimas 48h; *Melhora da autonomia e independência para 55% dos pacientes até 8 dias antes da morte. |
| Estudo 4 (34) | *Ganhar conhecimentos que podem ser usados mais objetivamente para avaliar e tratar idosos com ca. | 3 idosas; idade entre 60 a 72 anos; todas com ca. | Entrevistas abertas. | Hospice. | *O fisioterapeuta tem por objetivos: manter a função física; apoiar o relacionamento social; discutir a mortalidade; praticar atividade física com sentido (funcional). |
| Estudo 5 (30) | *Discutir três estudos que abordaram o papel da fisioterapia em CP, e suplementar com a experiência do St. Columbia Hospice. | 203 pacientes, com ca, AR, OA, AVE bronquite, fraturas. | Tratamento fisioterápico. | Unidade de CP em um hospital, 1 ano. | *Trabalho do fisioterapeuta na unidade de CP de um hospital: 60% atendimento, 10% discussões em equipe, 10% conferências sobre casos clínicos, 5% visitas de home care, 5% educação aos cuidadores e equipe; *Pacientes são encaminhados para fisioterapia pelos médicos; *Há um ginásio no hospital voltado para a reabilitação, onde há: barras paralelas, bicicleta eletromagnética, colchonetes, lâmpada infravermelha, splints infláveis para membros superiores e inferiores, colares cervicais, bengalas, muletas canadenses, andadores e cadeiras de rodas; *Trabalho da fisioterapia: Aliviar desconfortos (dor, dispnéia, secreção, etc.) e melhorar a independência funcional. |
| Estudo 6 (26) | *Avaliar o impacto da reabilitação na função física e cognitiva de pacientes internados com ca; *Determinar se o diagnóstico de ca, as dificuldades na reabilitação, os objetivos para a reabilitação traçados pelos médicos, e o tratamento citotóxico afetam a recuperação funcional. | 200 pacientes, ca. | Abordagem multidisciplinar de reabilitação. | Setor de reabilitação (clínica). | *Todos os pacientes tiveram melhora funcional, evidenciada pelo FIM (Functional Independence Measure); * Ganhos cognitivos foram significativos para a aqueles que não tinha afecções no sistema nervoso central; *A magnitude do ganho funcional variou de acordo com o nível de comprometimento e com os objetivos traçados. |
| Estudo 7 (29) | *Avaliar o efeito da reabilitação hospitalar em pacientes com ca. | 290 pacientes hospitalizados devido a ca. | Tratamento fisioterápico. | Hospital , 8 meses. | *Melhora funcional evidenciada pelo índice de Barthel e Karnofsky Performance Status Scale; * Melhora na qualidade de vida (não citou escala). |

REFERÊNCIAS

1. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 732-739.
2. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003; 19:725-733.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997; 31:184-200.
4. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 861-866.
5. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2003; 19:735-743.
6. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
7. Marcant D, Pavan P. Les physiothérapeutes en soins palliatifs sont en pleine transformation peut-on encourager ces mutants? Rev Med Suisse Romande. 1997; 117:235-241.
8. McCoughlan MA. Necessidade de cuidados paliativos. O Mundo da Saúde. 2003; 27:06-14.
9. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. O Mundo da Saúde. 2003; 27:15-34.
10. Organização Mundial da Saúde. Palliative care. [artigo da Internet]. [acesso em 18 de outubro de 2005]. Disponível em: <http://www.who.int>.
11. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.
12. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. O Mundo da Saúde. 2003; 27:58-63.
13. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
14. Deliberato PCP. Atuação preventiva em fisioterapia. In: Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002. p. 63-78.
15. Leme LEG. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 117-142.
16. Syrett E, Taylor J. Non-pharmacological management of breathlessness: A collaborative nurse-physiotherapist approach. Int J Palliat Nurs. 2003; 9:150-156.
17. Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 14:142.
18. Santos L. Mastectomia e sua influência sobre a vivência da sexualidade: revisão da literatura. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
19. Ottawa Pannel. Ottawa pannel evidence-based clinical practice guidelines for electrotherapy and thermotherapy interventions in the management of rheumatoid arthritis in adults. Phys Ther. 2004; 84:1016-1043.
20. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. Lancet. 1999; 29:1865-1869.
21. Rymal C. Lymphedema management in patients with lymphoma. Nurs Clin North Am. 2001; 36:709-734.

22. Radbruch L, et al. Prozesse und interventionen auf deutschen palliativ-stationen: ergebnisse der kerndokumentatio 2001. *Der Schmerz*. 2004; 18:179-188.
23. Mannheimer JS. Nonmedical and noninvasive pain control techniques in the management of rheumatic disease and related musculoskeletal disorders. *J Rheumatol*. 1987; 14 (Suppl 15):26-32.
24. Sergysels R. Can respiratory kinesitherapy palliate the functional sequelae of chronic obstructives bronchopathies? *Rev Fr Mal Respir*. 1983; 11:605-608.
25. Volpe BT. Palliative treatment for stroke. *Neurol Clin*. 2001; 19:903-929.
26. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000; 81:623-627.
27. Marcant D, Rapin C. Role of physiotherapist in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 1993; 8:68-71.
28. Montagnini M, Lohdi M, Born W. The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Pall Med*. 2003; 6:11-17.
29. Sabers SR, et al. Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patients with functional impairment. *Mayo Clin Proc*. 1999; 74:855-861.
30. Shanks R. Physiotherapy in palliative care. *Physiotherapy*. 1982; 68:405-408.
31. Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994; 73:199-206.
32. Mackey KM, Sparling JW. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy. *Phys Ther*. 2000; 80:459-468.
33. Abrahm JL. Update in palliative medicine and end-of-life care. *Annual Review of Medicine*. 2003; 54:53-72.
34. Clark J. Freedom from unpleasant symptoms is essential for a good death. *BMJ*. 2003; 327:180.
35. Palma JS, Payne R. Palliative care and Rehabilitation. *Cancer*. 2001; 92:1049-1052.

Recebido em: 27/01/2006
Received in: 01/27/2006

Aprovado em: 18/04/2006
Approved in: 04/18/2006