

# FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA

RITA AFONSO  
ANDRÉ NOVO  
PAULA MARTINS

Este livro surgiu no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde de Bragança, pela vontade de partilhar o conhecimento das funções do Fisioterapeuta numa equipa ou unidade de cuidados paliativos, de forma a facilitar o reconhecimento de necessidades dos utentes e de competências deste profissional de saúde, no seio da equipa multidisciplinar.

Partindo do pressuposto de que a Fisioterapia é ainda incipiente nas equipas/unidades de cuidados paliativos em Portugal, foi elaborada uma revisão integrativa que pudesse sintetizar a evidência científica desta abordagem, fundamentada em artigos cujos participantes apresentam sintomatologia frequente neste tipo de cuidados.

E porque a interdisciplinaridade é impreterível no cuidar, surgiu a aliança entre estes autores de diferentes áreas profissionais, documentando da melhor forma toda a perspetiva dos cuidados paliativos.

Assim, espera-se que esta obra seja útil para melhorar as boas práticas, e que de alguma forma seja um incentivo à investigação da Fisioterapia em Cuidados Paliativos.



LUSODIDACTA

ISBN: 978-989-8075-44-4



9 789898 075444

# FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA

RITA AFONSO  
ANDRÉ NOVO  
PAULA MARTINS



LUSODIDACTA

# **FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Da evidência à prática

**Rita Afonso  
André Novo  
Paula Martins**

*L*

*LUSODIDACTA*

L

LUSODIDACTA

**Direitos reservados,® 2015**

**LUSODIDACTA - Soc.Portuguesa de Material Didáctico, Lda**

**Título:**

FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS – Da evidência à prática

**Autores:**

Rita Afonso, André Novo e Paula Martins

**Revisão técnica:**

Rita Afonso, André Novo e Paula Martins

**Capa:**

Luís Barata da Empresa Plaz! Design (<http://behance.net/plazdesign>)

Foto da capa gentilmente cedida por Pedro Rego da Empresa Go Wild ([www.gowild.pt](http://www.gowild.pt))

**Pré-Impressão:**

Estúdio Gráfico Lusodidacta

**Impressão e acabamento:**

ACD PRINT, S. A.

[www.acdprint.pt](http://www.acdprint.pt)

LUSODIDACTA - Soc.Portuguesa de Material Didáctico, Lda

Rua Dário Cannas, 5-A – 2670-427 Loures

Telefone: 21 983 98 40 – Fax: 21 983 98 48

E-mail: [lusodidacta@lusodidacta.pt](mailto:lusodidacta@lusodidacta.pt)

[www.lusodidacta.pt](http://www.lusodidacta.pt)

ISBN: 978-989-8075-44-4

Depósito Legal: n.º 384 531/14

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de partes do mesmo, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrónico, mecânico, gravação, fotocópia ou outro) sem permissão expressa do Editor.

**Rita Afonso:** Mestre em Cuidados Continuados pela Escola Superior de Saúde de Bragança. É Fisioterapeuta no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e tem vasta experiência na área dos Cuidados Continuados.

**André Novo:** Doutorado em Ciências da Atividade Física e do Desporto pela Universidade de León. É Docente e Investigador da Escola Superior de Saúde de Bragança desde 2009 e tem vasta experiência na área da investigação em reabilitação.

**Paula Martins:** Mestre em Tratamento de Suporte e Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico. Foi Enfermeira Chefe da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior entre 2008 e 2014, actualmente exerce a sua atividade profissional na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e tem vasta experiência na área da investigação em Cuidados Continuados e Paliativos.

## PREFÁCIO

Com início nos anos 50, através de um empenho invejável de Cicely Saunders, em Inglaterra, que avaliando as diferentes necessidades dos doentes em fim de vida, foi enfermeira, assistente social e médica, colmatando desta forma as diferentes e complexas necessidades destes doentes.

Portugal começou muito mais tarde, em 1994, mas tem vindo a crescer o interesse de muitos profissionais de saúde implicados em desenvolver os Cuidados Paliativos, na organização, no trabalho no terreno e na investigação, de modo a permitir que cada vez mais portugueses tenham acesso a este tipo de cuidados.

Quando se aborda este tema, fala-se sobre o sofrimento que acompanha as doenças graves, progressivas e incuráveis. Este sofrimento pode ser de carácter físico, psicológico, espiritual e social. Os cuidados paliativos, tradicionalmente dirigidos para as doenças do foro oncológico, têm vindo a tomar uma importância significativa nas patologias não oncológicas: falências de órgãos, doenças neurológicas degenerativas, nomeadamente as demências, doentes vegetativos, etc. que, pelas alterações demográficas que se esperam acontecer, podem vir a predominar na necessidade de cuidados específicos que se encaixam na filosofia dos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos caracterizam-se por uma filosofia que implica a intervenção de vários grupos profissionais. De acordo com Twycross, uma equipa básica deve incluir: um médico, um enfermeiro e um assistente social. As situações em cuidados paliativos podem apresentar uma complexidade tão significativa que exigem intervenção de outros grupos profissionais. Twycross afirma, ainda, que uma equipa é tão mais rica, quanto mais grupos profissionais diferentes a compõem.

Na minha caminhada nos cuidados paliativos tive o privilégio de encontrar terapeutas (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala) que foram envolvidos na dinâmica e filosofia de cuidados paliativos de "peito aberto". Sem qualquer conhecimento sobre cuidados paliativos, mas muita vontade de trabalhar em equipa, fazer bem e uma grande dose de humanidade, vimo-nos empenhados na descoberta do que é

trabalhar em paliativos. Primeiro a medo, com medo *de partir os doentes, estragar o que já tanto estava estragado, medo de magoar, sem objetivos realistas de cura, “para quê”?* Quantas reuniões multidisciplinares em que discutimos as estratégias de intervenção (quantas vezes sem sabermos onde chegaríamos), reuniões de criatividade? Quantas vezes partilhámos a frustração de não atingir os objetivos? Quantas vezes surgiram lágrimas nos olhos por “aqueles que passaram por nós, mas que levaram um pouco de nós” e que nos deixaram as suas marcas. Recordo a “Sra. D. Luísa”, nos seus graciosos 88 anos, com neoplasia do ovário em fase avançada e que, 15 dias após ter começado a ir ao ginásio de fisioterapia, nas suas *leggings* e ténis pretos e t-shirt verde alface nos respondeu que, ao fazer fisioterapia, voltava a sentir-se PESSOA e não mais uma doente. Recordo, ainda, o Zé, 39 anos, com ELA, tetraplégico, que ao ser colocado no plano inclinado nos dizia, através do computador, pois já estava afásico, que naquela posição via o mundo de outra forma e com outros olhos e nos dava coragem para continuar a ajudar quem precisa deste tipo de cuidados globais. Claro que nada disto era possível se não se conseguissem controlar os sintomas e lhe fossem prestados os cuidados específicos.

Enfim, poderia enumerar um número sem fim de exemplos que beneficiaram da possibilidade da existência de terapeutas (interessados e sensíveis) na equipa.

Foi nesta partilha de saberes, competências, emoções que fizemos a diferença para muitos que cruzaram os nossos caminhos, nas fases mais difíceis da vida.

O livro que tenho o privilégio de prefaciá-lo foi escrito por um grupo de pessoas interessadas nos cuidados paliativos, mas sobretudo nas pessoas que tratam.

Trata-se de um livro rico na caracterização da rede nacional de cuidados continuados integrados, sob o ponto de vista cronológico e dos princípios que regem os Cuidados Continuados e os Cuidados Paliativos, enquanto parcela dos anteriores, ou como rede específica.

Consegue perceber-se na leitura deste livro a competência e o conhecimento académico de quem expõe o saber e o estar, mas também do conhecimento do exercício da prática. É nítida a preocupação na avaliação sistemática de cada doente e a elabo-

ração de um programa de intervenção da fisioterapia, integrada numa equipa multidisciplinar de Cuidados Paliativos.

A enumeração de diferentes estratégias de intervenção e os objetivos a atingir fazem-nos pensar que as intervenções não farmacológicas, incluindo a fisioterapia, têm um papel muito importante nos cuidados paliativos, pela melhoria da qualidade de vida, mas também pela forma dos doentes deixarem de ser vítimas passivas a indivíduos conscientes e proactivos na deliberação do que desejam para a sua vida, mesmo até ao fim. A morte acontece em segundos, e é obrigação dos profissionais de saúde que se dedicam a estes cuidados, “dar vida à vida”.

Ainda, neste livro, verifica-se uma constante preocupação em apresentar uma excelente pesquisa de trabalhos científicos que confirmam ou infirmam a validade das diversas técnicas apresentadas. Desta forma, este livro mostra uma vertente de investigação que se torna muito importante para o futuro dos Cuidados Paliativos em Portugal.

Este livro torna-se, assim, uma leitura aconselhada para todos os profissionais de saúde, que estejam interessados em cuidar em pleno das pessoas que sofrem de doenças graves, incuráveis e progressivas.

*Dra. Ana Bernardo*

## ÍNDICE

Prefácio .....	5
<b>1. Introdução</b> .....	<b>15</b>
<b>2. Cuidados Paliativos</b> (Rita Afonso, André Novo e Paula Martins) ...	<b>17</b>
2.1. História dos Cuidados Paliativos em Portugal.....	18
2.2. Respostas .....	20
2.3. Destinatários.....	21
2.4. Situação atual em Portugal .....	24
<b>3. Patologias mais frequentes em cuidados paliativos</b> (Rita Afonso, André Novo e Paula Martins) .....	<b>26</b>
3.1. Cancro.....	26
3.2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida .....	28
3.3. Insuficiências crónicas de órgãos .....	29
3.3.1. Insuficiência respiratória .....	29
3.3.2. Insuficiência cardíaca .....	32
3.3.3. Insuficiência hepática .....	32
3.3.4. Insuficiência renal.....	34
3.4. Doença neurológica de longa duração .....	35
3.4.1. Doença de Alzheimer.....	35
3.4.2. Acidente vascular cerebral .....	36
3.4.3. Esclerose lateral amiotrófica .....	37
3.4.4. Esclerose múltipla.....	39
3.4.5. Doença de Parkinson .....	39
3.4.6. Doença de Huntington .....	41
<b>4. Sintomas mais comuns em cuidados paliativos</b> (Rita Afonso, André Novo e Paula Martins) .....	<b>43</b>
4.1. Dor .....	44
4.2. Astenia/fadiga .....	47
4.3. Sintomas digestivos .....	48
4.3.1. Obstipação.....	48
4.3.2. Incontinência fecal.....	49
4.4. Sintomas respiratórios .....	49
4.4.1. Dispneia.....	49
4.4.2. Tosse e secreções brônquicas.....	51
4.5. Sintomas psicológicos .....	52
4.5.1. Depressão e Ansiedade .....	52
4.5.2. Distúrbios de sono .....	53

4.6. Outros sintomas .....	54
4.6.1. Linfedema.....	54
4.6.2. Diminuição da mobilidade.....	55
4.6.3. Incontinência urinária .....	56
<b>5. O Fisioterapeuta na equipa de Cuidados Paliativos (Rita Afonso).</b>	<b>58</b>
5.1. Trabalho em equipa.....	59
5.2. Comunicação com o doente e família .....	61
<b>6. Intervenção específica do Fisioterapeuta (Rita Afonso)</b> .....	<b>66</b>
6.1. Na dor.....	66
6.1.1. Eletroterapia .....	66
6.1.2. Termoterapia .....	69
6.1.3. Massagem .....	70
6.1.4. Cinesiterapia .....	72
6.1.5. Ortóteses e auxiliares de marcha.....	73
6.2. Na astenia e fadiga .....	74
6.2.1. Conservação de energia .....	74
6.2.3. Exercício físico.....	74
6.3. Nos sintomas digestivos .....	75
6.3.1. Obstipação.....	76
6.3.1.1. Massagem abdominal .....	76
6.3.1.2. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback .....	76
6.3.2. Incontinência fecal.....	77
6.3.2.1. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback .....	77
6.4. Nos Sintomas Urinários.....	78
6.4.1. Eletroestimulação funcional.....	79
6.4.2. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback.....	80
6.5. Nos sintomas respiratórios .....	82
6.5.1. Secreções respiratórias .....	83
6.5.1.1. Drenagem autogénica.....	83
6.5.1.2. Tosse .....	83
6.5.1.3. Técnica do ciclo ativo da respiração.....	84
6.5.1.4. Pressão expiratória positiva .....	85
6.5.1.5. Exercício físico.....	85
6.5.1.6. Drenagem postural.....	85
6.5.1.7. Aspiração de secreções.....	86
6.5.2. Dispneia.....	86
6.5.2.1. Ventoinha .....	86
6.5.2.2. Fisioterapia respiratória multidirecional.....	87
6.6. Nos sintomas psicológicos.....	87
6.6.1. Exercício físico.....	88
6.7. No linfedema.....	89
6.7.1. Cuidados de pele.....	89
6.7.2. Elevação.....	90

6.7.3. Exercícios terapêuticos .....	90
6.7.4. Drenagem linfática manual.....	91
6.7.5. Bandagens multicamadas .....	92
6.7.6. Terapia complexa descongestiva .....	93
6.7.7. Compressão pneumática intermitente .....	96
6.7.8. Estimulação elétrica.....	97
6.7.9. Laserterapia.....	98
6.8. Na diminuição da mobilidade.....	99

<b>Bibliografia .....</b>	<b>103</b>
---------------------------	------------

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APCP	– Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
CP	– Cuidados Paliativos
DLM	– Drenagem Linfática Manual
DP	– Doença de Parkinson
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	– Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP	– Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	– Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ELA	– Esclerose Lateral Amiotrófica
EM	– Esclerose Múltipla
FC	– Fibrose Cística
IRC	– Insuficiência Renal Crónica
ISI	– Insomnia Severity Index
IU	– Incontinência Urinária
mmHg	– Milímetros de mercúrio
PaO <sub>2</sub>	– Pressão de oxigénio no sangue arterial
PaCO <sub>2</sub>	– Pressão de dióxido de carbono no sangue arterial
PSQI	– Pittsburgh Sleep Quality Index
PNCP	– Plano Nacional de Cuidados Paliativos
RNCCI	– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIDA	– Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TCD	– Terapia Complexa Descongestiva
TENS	– Eletroestimulação Nervosa Transcutânea
UMCCI	– Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UCP	– Unidade de Cuidados Paliativos
VIH	– Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	– World Health Organization



## 1. INTRODUÇÃO

Este livro surge pela pertinência da inclusão da Fisioterapia na prestação de Cuidados Paliativos. Aquando da implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que abrangia a prestação de cuidados paliativos pelo decreto-lei n.º101/2006, foram integrados fisioterapeutas nas várias tipologias de cuidados da Rede. No entanto, segundo um estudo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (Guerra, *et al.*, 2009), nesse ano existiam em média apenas 0,5 fisioterapeutas por Unidade em funcionamento. Assim, pretende-se com este livro destacar a necessidade da fisioterapia em cuidados paliativos e a evidência científica da sua prática, para que a inclusão do fisioterapeuta na equipa multidisciplinar de cuidados paliativos seja uma realidade.

Uma vez que a Fisioterapia ainda não existe em todas as equipas/unidades de cuidados paliativos, partiu-se para a elaboração de uma revisão integrativa que pudesse sintetizar a evidência científica desta abordagem. A partir do facto de a bibliografia que fundamenta a fisioterapia no âmbito dos cuidados paliativos ser deveras escassa, foram pesquisados artigos nos quais participavam utentes com sintomatologia frequente neste tipo de cuidados.

Espera-se que com este livro se documente a evidência científica que sustenta as boas práticas do Fisioterapeuta em Cuidados Paliativos.

## 2. CUIDADOS PALIATIVOS

(Rita Afonso, André Novo e Paula Martins)

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) classifica os cuidados paliativos como sendo uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias” (APCP, 2013, s/p.).

Em 2012, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro, p.1).

Os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro, p.2).

## 2.1. HISTÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013), o movimento moderno dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra na década de 60, e que posteriormente se foi alargando ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente (no final do século XX) à restante Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos surgem em 1992, mais concretamente através de uma unidade de dor no Hospital do Fundão. Em 1994 foi inaugurado o serviço de cuidados paliativos e radioterapia no Instituto Português de Oncologia no Porto, seguindo-se da primeira equipa de cuidados continuados domiciliários do Centro de Saúde de Odivelas em 1996, que incluía a prestação de cuidados paliativos (Marques *et al*, 2009; Neto, 2010). O número de serviços e programas foi-se desenvolvendo até que em 2004 foi publicado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP 2004-2010), liderado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) defendendo os cuidados paliativos como constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, tendo em atenção o imperativo ético da promoção e defesa dos direitos humanos fundamentais, e ser uma obrigação social em termos de saúde pública. O mesmo programa prevê a criação de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) com o intuito de alívio de sintomas, suporte psicológico, emocional e espiritual e o apoio à família durante a doença e o luto.

Em 6 de junho de 2006, foi publicado o decreto-lei n.º101/2006 que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), instituindo a colaboração dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social na obrigação da prestação dos cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas incapacitantes e ainda com doenças incuráveis na fase avançada e no final da vida. Esta legislação veio reconhecer o direito inalienável à prestação dos

cuidados paliativos, institucionalizando os serviços destinados a prover os tratamentos e cuidados ativos e organizados às pessoas com doenças irreversíveis, com sofrimento intenso e na fase final das suas vidas. Esta Rede inclui unidades e equipas distribuídas quer pelos hospitais e centros de saúde, quer por outras estruturas da segurança social ou da rede de solidariedade, como as misericórdias. O diploma legal caracteriza as unidades de cuidados paliativos e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. O financiamento das unidades de internamento e das equipas intrahospitalares e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos da rede passam a ser da responsabilidade integral do Ministério da Saúde (Marques *et al*, 2009).

Em 2010, foi aprovado o novo Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que com o objetivo de melhorar a prestação destes cuidados, desenvolveu a “Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011–2013”, alicerçada em quatro eixos prioritários:

1. Políticas para captação de recursos humanos e estruturais e respetiva determinação dos modelos organizacionais;
2. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
3. Formação e investigação;
4. Monitorização contínua e avaliação da prestação dos cuidados de saúde (UMCCI, 2010).

Em 2012, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, nasce a Rede Nacional de Cuidados Paliativos com o objetivo de prestar “cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva” (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro, p.2).

No entanto, atualmente ainda se encontra em fase latente, estando as unidades/equipas de cuidados paliativos ainda integradas na RNCCI.

## 2.2. RESPOSTAS

Conforme as suas estruturas e áreas de intervenção, as respostas de Cuidados Paliativos em Portugal podem definir-se (salvaguardando a multidisciplinaridade de todas elas) as seguintes modalidades:

- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, como a ECSCP de Beja, a ECSCP do Algarve ou a Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês, sendo noutros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) como a ECCI do Centro de Saúde de Santa Maria, em Bragança;
- Equipa hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, neste caso denominada Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), são exemplos a EIHSCP do Hospital de Santa Maria (Lisboa) e a EIHSCP do Hospital Geral de Santo António (no Porto);
- Unidades de Cuidados Paliativos - localizadas em hospitais oncológicos, gerais e universitários, ou mesmo unidades não hospitalares, que podem ou não integrar a RNCCI, como a UCP da Unidade Local de Saúde do Nordeste, em Macedo de Cavaleiros (Direção Geral da Saúde, 2010).

A maioria dos doentes crónicos com situações evolutivas pode e deve ser atendida na comunidade por equipas de Cuidados de Saúde Primários mas requerem mecanismos flexíveis de acesso à intervenção das equipas específicas de Cuidados Paliativos (estima-se 60-70% nos casos de neoplasias, e 30-60% nos que não têm neoplasias) (Direção Geral da Saúde, 2010).

As tipologias referidas são apresentadas no mapa abaixo representado (figura 1), consoante a localização referida pela Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados e pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Uma vez que os dados destas duas entidades não são concordantes, na impossibilidade de verificar a veracidade dos mesmos, são apresentados os dados dos dois organismos idóneos.



Figura 1 – Mapa de Unidades e Equipas de Cuidados Paliativos em Portugal (UMCCI, 2012; APCP, 2014)

## 2.3. DESTINATÁRIOS

Os Cuidados Paliativos destinam-se essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente, têm prognóstico de vida limitado, intenso sofrimento e problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (Direção Geral de Saúde, 2010).

Segundo a APCP (2006), a oferta de cuidados paliativos faz-se com base no tipo de necessidades (elevado sofrimento associado à doença) e não apenas nos diagnósticos, e é hoje consensual que doentes oncológicos e não oncológicos, em fases distintas das doenças e das suas fases terminais são habitualmente diferentes: no caso do cancro, a evolução é normalmente mais rápida (semanas/meses), mas nas outras situações não oncológicas essa fase poderá ser mais prolongada (meses/anos).

Globalmente, há uma necessidade não atendida muito significativa para os cuidados paliativos pois dos 58 milhões de pessoas que morrem anualmente (45 milhões nos países em desenvolvimento, 13 milhões nos países desenvolvidos), estima-se que pelo menos 60% (35 milhões) venham a morrer de uma doença avançada e prolongada e que poderiam beneficiar de cuidados paliativos. Estima-se que, com pelo menos dois membros da família envolvidos nos cuidados em cada paciente, os cuidados paliativos poderiam melhorar a qualidade de vida de mais de 100 milhões de pessoas anualmente por todo o mundo (Stjernswäerd, Foley & Ferris, 2007).

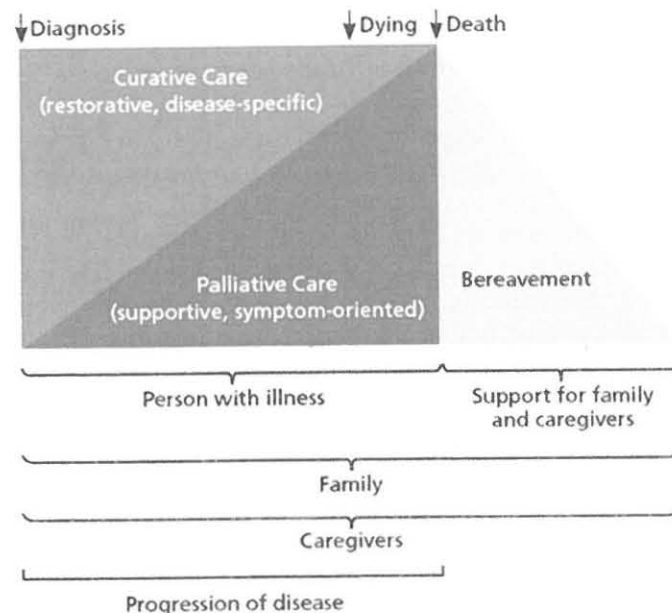
Não foram encontrados registos de acesso aos cuidados paliativos a nível mundial ou mesmo europeu. No entanto, num estudo realizado em Irlanda em 2010, por Cobbe e Kennedy (2012) verificou-se que numa unidade de cuidados paliativos, foram admitidos 545 utentes, dos quais 92,3% com diagnóstico de cancro, e 7,8% com diagnósticos não malignos: insuficiência cardíaca (3,1%), esclerose lateral amiotrófica (1,5%), esclerose múltipla (1,5%), insuficiência respiratória (0,5%), ataxia de Friederik (0,5%) e outras condições médicas (0,5%).

Em 2009, Costa e Antunes (2012) realizaram um estudo num hospital português, em que de entre os 150 doentes crónicos com necessidades paliativas, apenas 15,3% padeciam de patologia oncológica e 84,7% tinham doenças não-oncológicas como: acidentes vasculares cerebrais, insuficiência de órgãos (cardíaca, respiratória, renal, hepática), patologias osteoarticulares com evolução avançada e elevado grau de incapacidade, demências (doença de Alzheimer, doença de Parkinson, demência vascular, etc.). No entanto, em Portugal ainda se verifica uma taxa de ocupação em cuidados paliativos por doença oncológica superiores à devida a diagnósticos não malignos (UMCCI, 2010).

As características próprias destas doenças tornam mais frequente a existência de sintomas e de necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar, são de muito difícil resolução, quer nos serviços hospitalares em geral, quer na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, se não houver intervenção especializada (Direção Geral de Saúde, 2010).

Atualmente, mais de 95% de todos os pacientes atualmente tratados em serviços de cuidados paliativos especializados sofre de cancro. No entanto, o baixo percentual de pacientes não oncológicos está principalmente relacionado com o dificultado acesso desses pacientes aos prestadores de cuidados paliativos, pois é muitas vezes percebido na opinião pública e médica que os cuidados paliativos são restritos aos pacientes com cancro (Radbruch & Payne, 2008).

Os cuidados paliativos devem ser implementados desde o momento do diagnóstico, uma vez que os conhecimentos e técnicas nesta área podem ajudar o doente ao longo da doença, quer no controlo de sintomas quer no apoio ao nível do sofrimento espiritual. A sua integração tem sucesso nos estádios iniciais da doença em pacientes com doenças complexas, tais como insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica e cancro, pois incluem a gestão de dor e sintomas, e a comunicação sobre o sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual no contexto de doença grave. Quando apropriado, os cuidados paliativos podem também ajudar os pacientes cuja saúde tem um declínio rápido, ou quando se estão a aproximar do fim da vida (figura 2) (Alvarenga, 2012; Merlin, Tucker & Saag, 2013).



**Figura 2** – Os cuidados paliativos no decurso da doença (Merlin et al., 2013).

Os Cuidados Paliativos dirigem-se não só ao doente mas também à sua família e aos mais próximos. Estes devem ser apoiados através de cuidados planeados e estruturados, durante a vida do doente e também na fase de luto (Radbruch & Payne, 2008; Direção Geral da Saúde, 2010).

#### 2.4. SITUAÇÃO ATUAL EM PORTUGAL

Em 2007, o Observatório Internacional de Cuidados em Fim de Vida criou 4 grupos de representação de níveis de desenvolvimento de cuidados paliativos e unidades de internamento, em que o grupo 1 não teria qualquer atividade conhecida (n=78), o grupo 2 teria capacidade de desenvolvimento (n= 41), o grupo 3 teria atividades localizadas (n=80) e o grupo 4 estaria próximo da integração (n=35). Portugal foi integrado no grupo

dos países com cuidados localizados (grupo 2) enquanto que os países vizinhos Espanha e França (grupo 4) se encontravam no grupo mais desenvolvido. Sendo assim, Portugal para além de uma capacidade de desenvolvimento, estaria sustentado por massa crítica, serviços estabelecidos por vezes relacionados com cuidados domiciliários, apoio local, fontes de financiamento, disponibilidade de morfina, e alguma formação fornecida pelas unidades de cuidados (Clark & Wright, 2007).

Segundo dados da UMCCI, no ano de 2010, o número de unidades de internamento pertencentes à RNCCI eram de cerca de 15 enquanto o número de equipas prestadoras de Cuidados Paliativos, subdivididas em EIHSCP e ECCI com formação em Cuidados Paliativos, correspondiam, a 15 e 40 equipas, respetivamente.

Até 2010, foram assistidos 4.183 utentes nas unidades de cuidados paliativos da RNCCI (81% das referências). Nesse ano, a taxa de ocupação foi de 91%, com uma demora média de internamento de 28,5 dias a nível nacional. Os diagnósticos mais frequentes nas UCP's da RNCCI no primeiro semestre de 2010 foram as doenças oncológicas (87%), às quais se seguiram as neurodegenerativas (7%), cardiovasculares (3%) e outros diagnósticos onde se incluem as doenças de foro respiratório (2%) (UMCCI, 2010).

Em 2012, incluídas ou não na RNCCI, existiam, em Portugal, 10 equipas especialistas em cuidados paliativos de apoio domiciliário, quatro equipas mistas, 40 serviços hospitalares entre os quais 22 unidades de internamento (250 camas 14 das quais em hospitais privados), e um hospital de dia. Isto significa 5,1 serviços de cuidados paliativos por milhão de habitantes em 2012, um crescimento significativo relativamente a 2006, quando existiam 0,8 serviços por milhão de habitantes (Centeno, Lynch, Donea, Rocafort & Clark, 2013).

### 3. PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS (André Novo e Paula Martins)

As doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos organizados são as oncológicas, a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) em estadios avançados, insuficiências avançadas de órgãos (cardíaca, respiratória, hepática, respiratória, renal), doenças neurológicas degenerativas e graves, e demências em estadios muito avançados (APCP, 2006; Direção Geral de Saúde, 2010). McNamara, Rosenwax e Holman (2006) especificam ainda a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), a esclerose lateral amiotrófica (ELA), e as doenças de Parkinson, de Huntington e de Alzheimer.

#### 3.1. CANCRO

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo, provocando 7,6 milhões de mortes em 2008 (cerca de 13% de todas as mortes). A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2030 possa ser responsável por cerca de 13,1 milhões de mortes. Estima-se que haja 12,7 milhões de novos casos de cancro por ano e que 28 milhões de pessoas vivam com a doença (World Health Organization [WHO], 2013a).

O cancro é a segunda causa de morte nos países desenvolvidos, representando 20-25% das mesmas. Só 45% das neoplasias diagnosticadas são curáveis, morrendo 55% dos doentes com cancro (Torres, 2004).

Os órgãos maioritariamente atingidos pelo cancro são: pulmão (1,37 milhão de mortes), estômago (736.000 mortes), fígado (695.000 mortes), colorretal (608.000 mortes), mama (458.000 mortes) e colo do útero (275.000 mortes) (WHO, 2013a).

O cancro da mama é a malignidade mais comum na mulher com aproximadamente 1,38 milhões de novos casos e 459.000 mortes por ano em todo o mundo (Lin & Pan, 2012), contando 23% de todos os cancros na mulher e 14% das mortes por cancro (Junior, Musse & Mayer, 2011).

O termo cancro foi empregue pela primeira vez na Grécia Antiga, observando que algumas feridas pareciam penetrar na pele como o caranguejo (*karkinos* em grego, *cancer* em latim) (Manuila, Manuila, & Manuila, 1997).

O cancro é definido como um crescimento rápido de células anormais além dos seus limites usuais, determinando a formação de tumores que podem invadir outros tecidos e órgãos por disseminação direta e/ou pelas vias linfáticas e sanguíneas (Graner, Junior & Rolim, 2010). Este processo é referido como metástase, a principal causa de morte por cancro (WHO, 2013a).

A etiologia do cancro divide-se em dois grandes grupos, os ambientais (agentes químicos, radiações, vírus e outros) e do hospedeiro (fatores genéticos, transtornos imunológicos e outros). Sendo que, se considera que 75 a 80% dos tipos de cancro se devam a fatores ambientais. Por outro lado, temos o grupo do hospedeiro que se destacam os fatores genéticos como duas categorias distintas, a primeira é o cancro de predisposição ou transmissão hereditária, que atualmente se conhece cada vez mais e melhor como as alterações cromossómicas ou genes que o acompanham e a segunda é o cancro por alterações adquiridas nos genes que, em parte, podem ser provocadas por agentes ambientais (Rozman, 1999).

Cerca de 30% das mortes por cancro são devidas aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e legumes, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo (o qual causa 22% das mortes globais de cancro e 71% das mortes globais por cancro de pulmão) (WHO, 2013a).

Os doentes com cancro experienciam vários sintomas aflitivos durante o curso da sua doença. Frequentemente sofrem de fadiga, anorexia, obstipação, dispneia, náuseas e vômitos, (Shoemaker, Estfan, Indur & Walsh, 2011) mas é, frequentemente, o alívio da dor a principal preocupação para o paciente e equipa de cuidados paliativos em cuidados de fim de vida (Kumar, Prasad, Kumar, Shenoy, & Sisodia, 2013).

Os cuidados paliativos podem ajudar as pessoas a viver mais confortavelmente, é uma necessidade humanitária urgente para as pessoas em todo o mundo com cancro, particularmente necessário em lugares com uma alta proporção de pacientes em

estádios avançados, onde há poucas probabilidades de cura. O alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais pode ser alcançado em mais de 90% dos pacientes com cancro avançado através de cuidados paliativos (WHO, 2013a).

### 3.2. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Notáveis mudanças ocorreram desde que descreveram a SIDA pela primeira vez, em 1981. Apesar da complexidade de viver ou morrer com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) ter evoluído significativamente desde então, este vírus continua a ser um grave problema de saúde pública global, tendo reclamado mais de 25 milhões de vidas ao longo das últimas três décadas (Arantes, 2009; WHO, 2013b).

Em Portugal, até 2010, foram registados 16.370 casos de SIDA. Nesse ano foram diagnosticados 350 casos, dos quais 53,4% de casos devido a transmissão heterossexual e 25,1% associados à toxicod dependência. Constatou-se que a maioria dos casos correspondia ao sexo masculino (81,1%) e aos grupos etários entre os 20 e 49 anos (83%) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2011).

A SIDA é uma doença infecciosa causada pelo vírus da imunodeficiência humana, cuja principal característica é a imunossupressão progressiva, ocasionando principalmente destruição de linfócitos CD4+ tornando o paciente suscetível a infeções e tumores oportunistas (Aires, 2009). O VIH tem como alvo o sistema imunológico, enfraquece os sistemas de vigilância e de defesa contra infeções e alguns tipos de cancro. Como o vírus destrói e prejudica a função das células imunes, os indivíduos infetados tornam-se gradualmente imunodeficientes, podendo desenvolver outros sinais e sintomas tais como linfadenopatia, perda de peso, febre, diarreia, cefaleia, erupção cutânea, dor de garganta e tosse. Sem tratamento, os indivíduos infetados também podem desenvolver doenças graves, como tuberculose, meningite criptocócica, e cancros, tais como linfomas e sarcoma de Kaposi, entre outros (WHO, 2013b).

O curso clínico é bastante variável, dependendo principalmente do uso ou não da terapia anti-retroviral. Naqueles que

não a utilizam, a doença cursa em geral num período de incubação médio de 8 a 10 anos, desde o momento de infeção até à doença clínica, e apresenta uma sobrevida aproximada de seis a 18 meses. Porém, quando a utilização da terapia é correta, a doença pode evoluir assintomática durante longos anos com algumas intercorrências infecciosas potencialmente tratáveis, até que haja uma doença grave ou falência da terapia anti-retroviral, podendo desencadear a morte. À medida que a doença progride, a necessidade de alívio sintomático torna-se mais importante do que o tratamento curativo (Aires, 2009; Arantes, 2009).

### 3.3. INSUFICIÊNCIAS CRÓNICAS DE ÓRGÃOS

As doenças crónicas avançadas de órgãos mais frequentes são a doença pulmonar crónica avançada, a insuficiência cardíaca avançada, doença hepática avançada, insuficiência renal crónica avançada, e demências muito evoluídas (Sanz & Almazán, 2008).

Em 2005 o cancro foi responsável por uma relativamente pequena percentagem de mortes por todo o mundo (13%), enquanto que outras condições de longo termo causaram 47%. Até 2030 o número anual de mortes em todo o mundo espera-se que aumente de 58 milhões para 74 milhões em condições relacionadas com a falência de órgãos e fragilidade física e psicológica (Murray, 2008).

Vale ressaltar que todos os pacientes com indicação de transplante de órgãos sólidos, inclusive transplante cardíaco, são candidatos formais para Cuidados Paliativos, pois têm doença avançada e podem ter alcançado sintomas de grande intensidade e desconforto (Arantes, 2009).

#### 3.3.1. Insuficiência respiratória

A insuficiência respiratória crónica é uma condição em que o sistema respiratório não é capaz de oxigenar corretamente o sangue para o pulmão e/ou não consegue remover suficientemente o dióxido de carbono, produzindo assim, uma alteração na troca gasosa, com a diminuição na pressão de oxigénio no



sangue arterial ( $\text{PaO}_2$ ), com ou sem aumento na pressão arterial de dióxido de carbono ( $\text{PaCO}_2$ ). Considera-se que existe insuficiência respiratória quando a  $\text{PaO}_2$  é inferior a 60 milímetros de mercúrio (mmHg). Ela pode ser classificada, de acordo com o tempo de evolução em aguda e crónica. Não há período de tempo que marca a diferença entre os dois, pelo que se estabelece a insuficiência respiratória crónica quando se implementam mecanismos compensatórios adaptativos que tentam impedir a hipóxia tecidual e que se desenvolvem na insuficiência respiratória aguda (Llontop, Prados & Navarro, 2010).

As manifestações específicas da insuficiência respiratória estão diretamente associadas ao sistema respiratório e são habitualmente identificadas rápida e facilmente: dispneia, pieira, cianose, tiragem costal, taquipneia, diminuição da amplitude dos movimentos ventilatórios, movimento paradoxal do diafragma, respiração de Kussmaul e de Cheyne-Stokes, alterações na auscultação pulmonar. Por outro lado, sinais e sintomas não específicos do sistema respiratório quando surgem isoladamente atrasam e dificultam a identificação desta situação: fadiga, alteração do estado de consciência, hipotensão, alterações na auscultação cardíaca, turgescência venosa cervical e edemas periféricos (Amado & Duarte, 2001).

A insuficiência respiratória pode ser causada diretamente por doenças pulmonares como a doença pulmonar obstrutiva crónica, a fibrose cística, asma, a bronquiectasia, e ainda por patologias indiretas como doenças neuromusculares (distrofias musculares, esclerose lateral amiotrófica, síndrome de Guillain-Barré) ou doenças da parede torácica (cifoescoliose, toracoplastia e patologia pleural) (Llontop *et al.*, 2010).

Segundo Amado e Duarte (2001), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica é uma doença broncopulmonar que resulta de uma obstrução das vias aéreas. Sob esta designação incluem-se a bronquite crónica (inflamação crónica dos brônquios) e o enfisema (destruição progressiva do tecido pulmonar, em que o pulmão vai perdendo a elasticidade).

Em Portugal, calcula-se que 5,4% da população entre os 35 e os 69 anos sofram de DPOC, morrendo cerca de 8,7 doentes por 100.000 habitantes. A doença atinge mais os homens do que as mulheres devido ao maior número de homens que fumam. Com

o aumento do número de fumadoras, espera-se que no futuro esta diferença se reduza. Algumas exposições profissionais também podem causar DPOC: fumos químicos, poeiras orgânicas e inorgânicas. Nos fumadores, a poluição atmosférica é um fator de agravamento. A doença instala-se lenta e progressivamente, daí que, muitas vezes, o doente só recorra ao médico numa fase já avançada da doença (Amado & Duarte, 2001).

Assim como a maior parte das doenças crónicas, determinar o prognóstico ou, ainda, a esperança de vida em pacientes que tenham uma doença pulmonar obstrutiva crónica é um campo cheio de incertezas. Em todos os grupos, idade, tabagismo, perda da função pulmonar e baixo índice de massa corporal são importantes preditores de mortalidade. Na evolução de um internamento por exacerbação da DPOC em idosos, comorbilidades, depressão maior, estado civil e índice de qualidade de vida demonstraram ser fortes preditores de mortalidade (Arantes, 2009).

Cerca de 20% a 25% dos pacientes que apresentam DPOC grave experimentam dor, depressão, ansiedade e dispneia intensa no fim da vida. A intervenção de cuidados paliativos pode oferecer a oportunidade de discussão de escolhas nesse momento, como renunciar à intubação e à ventilação mecânica, limitar a duração dessas intervenções, ou até mesmo recusar internamento hospitalar. Porém, como são pouco referidas para cuidados paliativos, essas discussões são pouco frequentes (Arantes, 2009).

A fibrose cística (FC) é uma doença autossómica recessiva do gene regulador da condutância transmembranar de fibrose cística. Uma vez que esse gene intervém na produção do suor, sucos digestivos e dos mucos, a sua anormalidade lesa o trato respiratório, pâncreas, intestinos, trato genital masculino, sistema hepatobiliar, e glândulas sudoríparas exócrinas, resultando na doença multissistémica. Para os candidatos selecionados, o transplante pulmonar melhora a sobrevivência e a qualidade de vida. A sobrevivência de cinco anos pós-transplante é de cerca de 50% (Estrada-Veras & Groninger, 2013).

Com vários medicamentos, terapias e suplementos nutricionais necessários a cada dia, os cuidados de rotina podem ser fisicamente e emocionalmente desgastante para os pacientes com FC e os membros da sua família (Estrada-Veras & Groninger, 2013).

Através de uma revisão sistemática, Schaeffer (2012) verificou que, em paciente com fibrose cística, o tratamento curativo se faz necessário em conjunto com os cuidados paliativos para um alívio efetivo dos sintomas.

### 3.3.2. Insuficiência cardíaca

A insuficiência cardíaca pode ser definida como uma anormalidade da estrutura ou função cardíaca que conduz à falha do coração para transportar oxigênio a uma velocidade compatível com as exigências da metabolização nos tecidos, apesar das pressões normais de enchimento (ou apenas à custa de um aumento das pressões de enchimento) (McMurray *et al.*, 2012).

A insuficiência cardíaca afeta em Portugal cerca de 250 mil doentes. Todos os anos, são diagnosticados mais de 330 mil novos casos nos cinco principais países europeus – Reino Unido, França, Alemanha, Itália e Espanha. A nível mundial, a insuficiência cardíaca atinge mais de 22 milhões de pessoas (Reis, 2013).

A insuficiência cardíaca terminal tem um dos maiores efeitos sobre qualidade de vida de qualquer doença. Embora se assuma que os pacientes com insuficiência cardíaca sofram principalmente de fadiga e dispneia, a maioria tem dor e a depressão é extremamente comum. Outras fontes de sofrimento incluem edema, insónia, ansiedade, confusão, anorexia e constipação (Adler *et al.*, 2009).

Hupcey, Penroad e Fogg (2009) através de uma revisão sistemática da literatura, concluíram que é evidente que os pacientes com insuficiência cardíaca não estão a receber intervenções de cuidados paliativos, mesmo no final da vida. Os serviços de cuidados paliativos abrangentes têm o potencial de ajudar os pacientes e seus cuidadores a lidar com os desafios de viver com insuficiência cardíaca, que são, portanto, apropriados ao longo da doença.

### 3.3.3. Insuficiência hepática

A insuficiência hepática é quando o fígado não consegue participar com eficiência do processo de desintoxicação do

organismo e de todas as outras funções de metabolismo. As causas mais comuns são hepatite causada por vírus, cirrose hepática (alcoólica ou não), intoxicações por medicamentos como paracetamol, ou lesões por consumo excessivo de álcool (Frazão, 2013).

Os sintomas da insuficiência hepática são: icterícia, baixa concentração de albumina no corpo, causando edemas, excesso de amónia no organismo, podendo causar lesões cerebrais, odor corporal descrito como “bolorento” ou “agridoce”, tendência a hemorragias do trato gastrointestinal, ascite, e outros sintomas como enjoos, anorexia, fadiga, astenia e depressão (Arantes, 2009; Frazão, 2013).

A insuficiência hepática é responsável por aproximadamente 40.000 mortes anuais, o que corresponde a cerca de 2% do total de mortes a nível mundial (Anapaz, 2011).

Em Portugal, morrem cerca de 2.000 pessoas por cirrose hepática, se considerarmos, também, as mortes por cancro do fígado (carcinoma hepatocelular ou hepatoma), cujos doentes têm, quase sempre, cirrose (Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, 2008).

O transplante de fígado, uma opção válida de tratamento, aumenta o tempo de vida e reduz muitos sintomas, mas, com a atual escassez de órgãos, 10% a 15% desses pacientes morrem. Muitos também não são candidatos a transplante devido à presença de comorbilidades. Além disso, alguns pacientes transplantados sucumbem diante das complicações do transplante em si e enfrentam com as suas famílias o dilema de uma doença potencialmente tratável, mas ainda frequentemente fatal (Arantes, 2009; Anapaz, 2011).

A atuação dos cuidados paliativos propõe-se a oferecer ao paciente o controlo dos sintomas, tanto na espera do transplante como nos cuidados após o procedimento. Os critérios de indicação para cuidados paliativos são os mesmos da indicação do transplante, mas direcionada para os pacientes que não podem realizar a cirurgia. A interface mais intensa apresenta-se na condição de falha do transplante ou deteção de condições mórbidas que agravem o quadro do paciente, como, por exemplo, o cancro hepático. Observa-se o compromisso de maximizar a qualidade e, se possível, o tempo de vida (Arantes, 2009).

### 3.3.4. Insuficiência renal

A insuficiência renal crónica (IRC) é uma condição na qual os rins já não funcionam como resultado da destruição progressiva dos nefrónios. A maioria das causas comuns de IRC são glomerulonefrite crónica, pielonefrite crónica, nefrosclerose, e doença policística. A glomerulonefrite crónica resulta de qualquer doença que danifica os glomérulos. A pielonefrite crónica é uma doença inflamatória crónica do rim. A nefrosclerose é uma doença secundária a hipertensão que provoca lesões escleróticas das artérias renais e arteríolas. Estas lesões escleróticas podem levar a isquemia e morte do tecido renal. A doença policística é uma desordem hereditária na qual grandes cistos se desenvolvem nos rins e destroem os nefrónios circundantes por compressão (Gray, 1982).

Estima-se que em Portugal mais de 800 mil pessoas sofram da doença. Todos os anos são registados 2.200 novos casos de insuficiência renal crónica terminal, existindo atualmente 14.000 doentes dependentes de diálise, dos quais 5.000 são transplantados (Rodrigues, 2013).

Sabe-se que quase 20% dos pacientes com insuficiência renal sob tratamento dialítico param a diálise antes da morte. Provavelmente, quase todos os nefrologistas estão envolvidos nos cuidados de fim de vida desses pacientes com doença renal terminal. No entanto, os médicos são mal treinados em cuidados paliativos e, muitas vezes, sentem-se desconfortáveis com o cuidado dos pacientes que morrem. Num estudo com médicos americanos e canadianos, por exemplo, apenas cerca de 40% dos 360 nefrologistas entrevistados afirmaram que se sentiam muito bem preparados para discutir decisões de fim de vida com seus pacientes (Davison, Jhangri, Holley & Moss, 2006). Segundo Tusó (2013), os obstáculos para desenvolver os cuidados paliativos renais são a não aceitação dos pacientes, a não aceitação dos médicos e a falta de programas de cuidados integrados.

Com a progressão da doença renal, os cuidados paliativos assumem grande importância, levando a um gerenciamento mais adequado do controlo de sintomas e à discussão sobre as diretrizes avançadas, considerando a possibilidade de interrupção do tratamento dialítico (Arantes, 2009).

## 3.4. DOENÇA NEUROLÓGICA DE LONGA DURAÇÃO

Cuidar de pacientes graves, com doenças irreversíveis e progressivas já se configura um desafio diário na prática dos cuidados paliativos, mas quando apresentam progressão lenta e imprevisível, o desafio é ainda maior para qualquer profissional da área da saúde (Arantes, 2009).

Os pacientes portadores de doenças neurológicas, de instalação precoce ou adquirida na fase mais tardia da vida, apresentam sofrimentos, de menor ou maior intensidade, físicos, emocionais, familiares, sociais e espirituais e que frequentemente não são detetados pelos seus médicos, cuidadores ou familiares (Arantes, 2009).

O lugar dos cuidados paliativos não-oncológicos tem sido progressivamente reconhecido, especialmente em condições neurológicas rapidamente fatais, como a doença do neurónio motor. Muitas diretrizes agora recomendam a indicação precoce de cuidados paliativos nesses casos (Arantes, 2009).

### 3.4.1. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50 a 70% de todos os casos. Provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras). Esta deterioração tem como consequências alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa (Associação Alzheimer Portugal, 2013).

Em termos neuropatológicos, a doença de Alzheimer caracteriza-se pela morte neuronal em determinadas partes do cérebro, com algumas causas ainda por determinar. À medida que as células cerebrais vão sofrendo uma redução, de tamanho e número, formam-se tranças neurofibrilares no seu interior e placas senis no espaço exterior existente entre elas. Esta situação impossibilita a comunicação dentro do cérebro e danifica as conexões existentes entre as células cerebrais. Estas acabam por morrer e isto traduz-se numa incapacidade de recordar a informação. Deste modo, conforme a doença de Alzheimer vai afetando as

várias áreas cerebrais vão-se perdendo certas funções ou capacidades. Quando a pessoa perde uma capacidade, raramente consegue voltar a recuperá-la ou reaprendê-la (Associação Alzheimer Portugal, 2013).

Ainda segundo a Associação Alzheimer Portugal (2013), qualquer pessoa pode desenvolver esta doença, no entanto é mais comum acontecer após os 65 anos. A nível mundial, a demência afeta 1 em 80 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos, sendo que nos homens a proporção é de 1 em cada 60. Nas idades acima dos 85 anos, para ambos os sexos, a demência afeta aproximadamente 1 em cada 4 pessoas.

A progressão da doença varia de pessoa para pessoa, mas acaba por levar a uma situação de dependência completa e, finalmente à morte. Uma pessoa com doença de Alzheimer pode viver entre três a vinte anos, sendo que a média estabelecida é de sete a dez anos (Associação Alzheimer Portugal, 2013).

### 3.4.2. Acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) resulta de quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é impedido. Sem o fornecimento de sangue, as células cerebrais podem ficar danificadas impossibilitando-as de cumprir a sua função, causando a morte tecidual, o que se designa de enfarte cerebral (Associação AVC, 2009).

O AVC pode ter origem isquémica, quando um coágulo bloqueia a artéria que leva o sangue para o cérebro ou hemorrágica, quando um vaso sanguíneo rebenta, causando um derrame (hemorragia) no cérebro. O AVC traz várias incapacidades que poderão melhorar à medida que o cérebro recupera, ou causar incapacidades a longo termo como a fraqueza e/ou paralisia neuromuscular, alterações da sensibilidade e equilíbrio, visão, e da deglutição, sono e cansaço, problemas no discurso e linguagem, dificuldades no controlo dos esfíncteres, alterações de humor e dos processos mentais (Associação AVC, 2009).

Os números oficiais mostram que em 2009 faleceram por acidente vascular cerebral (AVC) 14.285 cidadãos (6.127 homens e 8.158 mulheres) (Oliveira, 2012).

Burton, Payne, Addington-Hall e Jones (2010) verificaram que faltam informações prospetivas sobre as necessidades dos cuidados paliativos em pacientes com AVC. Uma revisão crítica da literatura internacional concluiu que muitos pacientes não receberam o controlo dos sintomas ideal. Os pacientes relataram ajuda insuficiente para vencer a morbidade psicológica, e cuidadores informais identificaram dificuldades de acesso à informação. A experiência de cuidados foi angustiante e ingrata, com elevados relatos de ajuda insuficiente. A revisão concluiu que os cuidados paliativos podem ter um papel no cuidado de pacientes com AVC e devem ser sistematicamente fornecidos na base das necessidades.

As diretrizes para o tratamento do AVC não fazem distinção entre os pacientes que morrem na fase aguda e fases posteriores do percurso da doença, embora estes grupos possam exigir diferentes estratégias e intervenções de cuidados paliativos. Na fase não aguda, os pacientes têm algum tempo para fazer planos para a morte, e os profissionais têm a oportunidade de implementar intervenções apropriadas (Burton *et al.*, 2010).

### 3.4.3. Esclerose lateral amiotrófica

A esclerose lateral amiotrófica é um distúrbio neurodegenerativo de origem desconhecida, progressivo e associado à morte do paciente num tempo médio entre três e quatro anos (Arantes, 2009).

A ELA foi primeiramente descrita por Charcot em 1869 e é também conhecida como doença de Lou Gehrig, em homenagem a um jogador de beisebol americano que morreu de ELA em 1941. É uma doença neurodegenerativa progressiva que envolve o córtex motor, o tronco cerebral e os neurónios motores da medula espinal. Acredita-se que a etiologia de ELA é multifatorial e inclui fatores genéticos e ambientais. O mecanismo para a morte celular neuronal causada por fatores genéticos ainda não está claro, mas a lesão neural ocorre devido a um excesso de radicais livres resultantes de mutações de um gene que codifica uma enzima chamado superóxido dismutase. Os fatores ambientais e os processos tóxicos, autoimunes, infecciosos e

metabólicos podem desencadear a doença se o paciente tiver uma predisposição (Pozza *et al.*, 2006).

A evolução da doença é rápida, com a morte ocorrendo geralmente entre dois e cinco anos após o diagnóstico. Os sinais mais comuns são fraqueza e atrofia muscular, câibras, fasciculações, alterações na marcha e alterações em reflexos e tônus. Os sintomas bulbares são disfagia, disartria, disфонia e alterações respiratórias. Esta última é a principal causa da morte (Pozza *et al.*, 2006).

A sua incidência estimada é de um a 2,5 indivíduos portadores para cada 100 mil habitantes/ano, com prevalência de 2,5 a 8,5 por 100 mil habitantes (Arantes, 2009).

Existe uma maior prevalência nos homens (proporção de 3:2 de género) e uma média de idade de início aos 57 anos (Pozza *et al.*, 2006).

Em 5% a 10% das pessoas com ELA, a doença é herdada como um traço autossómico dominante e é referido com esclerose lateral amiotrófica familiar. Em 90% a 95% das pessoas com ELA, não existe história familiar da doença, e estas pessoas dizem ter esclerose lateral amiotrófica esporádica (Bello-Haas, Kloos, & Mitsumoto, 1998).

A morte pela ELA normalmente resulta de insuficiência respiratória, 50% dos pacientes sobrevivem apenas 3 a 4 anos após o aparecimento dos sintomas, a menos que a ventilação mecânica seja utilizada para manter a respiração (Bello-Haas *et al.*, 1998; Oliver & Borasio, 2004).

Não existe cura para a esclerose lateral amiotrófica, mas os medicamentos têm efeitos benéficos na diminuição da disfunção motora, promovendo a sobrevivência e regeneração dos neurónios motores (Bello-Haas *et al.*, 1998; Oliver & Borasio, 2004).

Como os sintomas da ELA são muitas vezes subtis e podem não ser reconhecidos durante algum tempo, os pacientes podem apresentar-se com doença avançada e muitos sintomas. O diagnóstico é muitas vezes um choque para o paciente e família, e pode ser desconhecido para todos, ou pode levar a determinados medos e preocupações. Como não há cura, o tratamento de pacientes pode ser considerado paliativo a partir do momento do diagnóstico. A abordagem multidisciplinar para o cuidado do paciente pode ser muito útil em garantindo que

os sintomas são administrados de forma eficaz e que a pessoa com ELA possa permanecer tão ativa quanto possível (Oliver & Borasio, 2004).

#### 3.4.4. Esclerose múltipla

Segundo Coelho (2012), a esclerose múltipla (EM) é uma doença progressiva crónica do sistema nervoso central que afeta uma vasta gama de funções neurológicas, incluindo a cognição, a visão, força muscular e tônus, a coordenação e sensação. Os vários sintomas associados à esclerose múltipla são: fadiga, dormência, parestesias, fraqueza muscular e espasticidade, diplopia, neurite ótica, ataxia, problemas de controlo da bexiga, disfagia, disartria e disfunção cognitiva (Rasova *et al.*, 2010; Paltamaa, Sjögren, Peurala & Heinonen, 2012).

Ainda não existe tratamento curativo disponível para a esclerose múltipla. Apesar do facto de que a imunossupressão induzida por fármacos e a imunomodulação parecem desacelerar a progressão inflamatória relacionada da EM, há inúmeros sintomas (tais como a fadiga, dor, espasticidade, disfunção da bexiga) e considerável deficiência (como a redução de mobilidade, comunicação e função cognitiva) que se desenvolvem durante o curso da doença (Kantarci & Weinshenker, 2005; Rasova *et al.*, 2010).

A Europa tem a maior prevalência estimada de EM no mundo em 80 por 100 mil habitantes. As pessoas com EM podem ter uma expectativa de vida normal, no entanto, podem ter de viver por muitos anos com problemas de mobilidade graves e têm uma necessidade de intervenção terapêutica regular. Por conseguinte, é aparente a importância de uma intervenção adequada e oportuna em pacientes com doença recidivante para retardar ou impedir a acumulação de deficiência física associada aos tipos progressivos da doença (Coote, Garrett, Hogan, Larkin & Saunders, 2009).

#### 3.4.5. Doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) é um dos distúrbios neurodegenerativos mais comuns da população idosa com uma idade mé-

dia de início de 60 anos de idade. A DP afeta 17,4 por 100.000 pessoas entre as idades de 50-59 e 93,1 pessoas por 100 mil indivíduos entre as idades de 70-79 anos. A vida média dos pacientes é de 15 anos a partir do momento do diagnóstico até à morte. Em Portugal existem dois estudos epidemiológicos de prevalência que apontam para a existência aproximada de 12.000 doentes. Afeta ambos os sexos, com ligeira preponderância para o sexo masculino.

Braak e Braak (2000) e Diniz (2006) descrevem a Doença de Parkinson como uma doença determinada pela redução dos níveis de dopamina na via nigroestriatal dos núcleos da base, devido à perda dos neurónios da parte compacta da substância negra. A DP torna-se sintomática quando a redução da dopamina da via nigroestriatal alcança 60 a 80%, embora, recentemente, também tenha sido considerado o envolvimento de outros neuromediadores nesta patologia.

As diretrizes do National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2006) relatam que o indivíduo com Doença de Parkinson vivencia uma dificuldade extrema para iniciar qualquer movimento (acinesia) e, uma vez iniciados os movimentos, estes são executados lentamente (bradicinesia). Para além disso, observa-se uma incapacidade em inibir os músculos antagonistas sob intencionalidade voluntária habitual e, conseqüentemente, as suas articulações ficam rigidamente fixas em qualquer posição para a qual sejam passivamente mobilizadas (rigidez em cano de chumbo). O desencadeamento voluntário dos movimentos fica reduzido, mas os programas motores podem ainda iniciar-se por fortes estímulos sensoriais. Outro sintoma comum é a existência de um tremor de repouso nas extremidades distais dos membros, ou na boca. Este sintoma torna-se mais evidente em situações desencadeadoras de ansiedade e, quando presente, o tremor dá lugar à rigidez que pode ser observada através de um movimento semelhante à rotação de uma roda dentada.

Miyasaki, Martin, Suchowersky, Weiner e Lang (2002), consideram que as pessoas com DP desenvolvem dificuldades com a estabilidade postural e a marcha, tendendo a andar mais lentamente com maior propensão para retropropulsão e propulsão. Podem assumir passos cada vez mais curtos, mas mais rápidos.

A dificuldade em modular os parâmetros da marcha de acordo com a mudança da exigência de tarefas irá limitar a sua capacidade de deambulação em casa e na comunidade, bem como em participações laborais, sociais e de lazer.

Existem várias opções terapêuticas para pacientes com DP avançado, incluindo a infusão levodopa intraduodenal, infusão apomorfina e estimulação cerebral profunda. No entanto, os pacientes da fase final da doença, especialmente se estão cognitivamente prejudicados, muitas vezes são excluídos, à partida, destas terapias. Os pacientes com DP que não respondem aos tratamentos padrão requerem cuidados multidisciplinares que incluem elementos da medicina tradicional e cuidado holístico. Neste modelo de assistência multidisciplinar, o tratamento comum de sintomas não motores, como a dor e a depressão são complementados com terapias holísticas, incluindo problemas sociais, psicológicos e espirituais que possam surgir (Lokk & Delbari, 2012).

### 3.4.6. Doença de Huntington

Nos Estados Unidos da América, há atualmente cerca de 30.000 pacientes com doença de Huntington, estando outras 150.000 pessoas em risco; em Portugal, apesar de não existirem valores absolutos, alguns estudos indicam uma prevalência da doença semelhante à de outros países ocidentais – entre 5 a 12 doentes por 100 000 habitantes (Associação Portuguesa de Doentes de Huntington, 2013).

A doença de Huntington é uma doença degenerativa do sistema nervoso central, causada pela perda significativa de células dos gânglios da base, resultando em sintomas clínicos de distúrbios de movimento progressivos, défices cognitivos (pensamento, discernimento, memória) e mudanças comportamentais, que podem afetar a capacidade do indivíduo para participar nas atividades da vida diária, trabalho e comunidade (Boneli, Wenning & Kapfhammer, 2004).

Os sintomas surgem muito gradualmente, geralmente entre os 30 e os 50 anos. No entanto, a doença pode por vezes atingir crianças ou até idosos. Tal como em outras doenças

avançadas, torna-se essencial que os pacientes com doença de Huntington usufruam de serviços de cuidados paliativos, pela sua vasta sintomatologia que necessita de controlo (Brusse & Rosser, 2007; Associação Portuguesa de Doentes de Huntington, 2013).

#### 4. SINTOMAS MAIS COMUNS EM CUIDADOS PALIATIVOS (Rita Afonso, André Novo e Paula Martins)

Segundo um estudo de Potter, Hami, Bryan e Quigley (2003), os principais sintomas em cuidados paliativos e respetivas frequências são: dor (64%), anorexia (34%), obstipação (32%), fraqueza (32%), dispneia (31%), náuseas (29%), neuropsiquiátricos (27%), cansaço (23%), perda de peso (18%), mau humor (16%), vômitos (16%), xerostomia (16%), tosse (15%), dermatológicos (14%), urinários (14%), ansiedade (13%), edema (12%), distúrbios de sono (12%), fezes moles (10%), dispepsia (8%), parestesias (8%), disfagia (7%), hemorragia (6%), saciedade precoce (4%), sudorese (3%), soluços (2%) e alterações de paladar (2%).

Em pacientes com cancro avançado, as taxas de prevalência dos vários sintomas são aproximadamente as seguintes: dor 89%, fadiga 69%, fraqueza 66%, anorexia 66%, falta de energia 61%, náuseas 60%, xerostomia 57%, obstipação 52%, saciedade precoce 51%, dispneia 50% e vômitos 30% (Shoemaker *et al.*, 2011).

Dos doentes que morrem com insuficiência cardíaca, os principais sintomas apresentados são a dispneia, a dor, a depressão e a astenia (Martínez-Sellés *et al.*, 2009).

A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton é a mais usada em cuidados paliativos. Nela já estão previstos sintomas como dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, falta de ar, e melhor sensação de bem-estar possível, no entanto podem ser adicionados outros sintomas (Maciel, 2009).

De entre os sintomas relatados em cuidados paliativos, apenas alguns poderão ser aliviados com a intervenção de Fisioterapia. Assim, serão referidos a dor, a astenia/fadiga, sintomas digestivos (obstipação e incontinência fecal), sintomas respiratórios (dispneia, tosse e secreções brônquicas), sintomas psicológicos (ansiedade, depressão e distúrbios de sono), e outros sintomas como o linfedema, perda de mobilidade e incontinência urinária.

#### 4.1. DOR

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor define dor como: “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”. A dor é sempre subjetiva, devendo ser entendida como uma sensação somatopsíquica, não havendo ninguém que defina melhor que o próprio doente, a dor, a sua intensidade e o seu nível de bem-estar (Loeser, 2012).

Atualmente a dor ocorre em cerca de 8 milhões de pacientes em todo o mundo, atingindo até 80% dos utentes durante os vários estadios da doença neoplásica. Ela é descrita como dor moderada em 50% dos pacientes e como insuportável em 30% dos casos (Ishizuka, 2007). De acordo com Santos (2008), 12 a 29% dos casos de dor relacionam-se diretamente com o cancro, 5 a 20% são secundários à aplicação do tratamento e cerca de 8 a 22% das dores, não está relacionada com a doença, nem com o seu tratamento. A incidência da dor varia com as neoplasias, atingindo 85% dos doentes portadores de tumores ósseos primários, 52% dos doentes com cancro da mama, e 55% dos doentes com linfoma (Maganto, Herrero, Torrent, Tejerina & Barón, 2006; Pena, Barbosa & Ishikowa, 2008). As localizações corporais mais frequentes da dor oncológica são coluna dorsal, lombar, sacro e cóccix (36%), abdómen (27%), região torácica (24%), membros inferiores (22%), cabeça e pescoço (17%), região pélvica (16%), região cervical (12%), ombro e membros superiores (11%), regiões anal e perianal (7%).

A dor ocorre em 20 a 80% dos pacientes em todos os estadios da SIDA mas é mais frequente nos avançados (Álvarez, 2000). A dor é também referida por 78% dos pacientes com insuficiência cardíaca como o pior dos seus sintomas na fase final da doença, e apresentam-na de forma importante nos últimos 3 dias de vida em 41% dos casos (Martínez-Sellés *et al.*, 2009).

Pimenta e Ferreira (2006) consideram que a dor pode ser nociceptiva, neuropática e mista. A dor nociceptiva engloba a dor visceral e somática, e é concomitante ao dano tecidual. A dor somática tem um início insidioso, sendo normalmente constante e localizada. São exemplos deste tipo de dor a metastização

óssea, a contratura muscular, a dor da incisão cirúrgica e a dor de uma ferida. A dor visceral resulta de invasão ou distensão de uma víscera. É causada por processos patológicos, que ocorrem em órgãos internos. Segundo Kazanowski e Laccetti (2005), a dor visceral caracteriza-se como uma pressão vaga, de localização indistinta, frequentemente percebida como constrictiva, ou em cólica.

A dor neuropática é causada por lesão total, ou parcial do sistema nervoso central ou periférico, ou ambos, manifestando-se por sinais e sintomas sensoriais, tais como, hipoestesia, alodínia, parestesias e sensação de queimadura, entre outros (Sykes, Johnson & Hanks, 1997; Santos, 2008).

Gonçalves (2011) refere que a dor pode ser classificada, relativamente à sua base temporal, como aguda ou crónica. A dor aguda tem um início bem definido e geralmente está relacionada com sinais físicos e objetivos, com ativação do sistema nervoso simpático, e a duração pode ser de horas a semanas. Na dor crónica o padrão temporal normalmente é menos bem definido, persistindo por meses ou até mesmo anos, estando associada a alterações da qualidade de vida do doente.

A dor, que ocorre intermitentemente em doentes oncológicos, é descrita como episódica. Esta pode ser caracterizada de três formas: dor incidental, dor de final de dose e dor recrudescente. A dor incidental está relacionada com uma atividade, ou experiência em particular. A dor de final de dose surge, quando o efeito de um analgésico de ação prolongada não é mantido ao longo da duração esperada. A dor recrudescente é um episódio temporário de dor, que se instala rapidamente, sendo habitualmente, de curta duração, inferior a 30 minutos, segundo Kazanowski e Laccetti (2005).

A dor oncológica pode estar ligada direta ou indiretamente ao tumor primário e às suas metástases, a iatrogenias resultantes dos procedimentos terapêuticos ou, ainda, a condições não relacionadas com o cancro. A mais comum delas é a dor causada pela invasão tecidual direta dos tumores, como nos casos de doença óssea metastática, compressão de troncos nervosos, infiltração de tecidos moles, mucosas, vasos sanguíneos e acometimento de vísceras; podendo resultar em espasmo muscular ou outras alterações estruturais. Ainda decorrentes de agentes



libertados na circulação sanguínea pelos tumores e pelas alterações nos mecanismos imunológicos secundários à doença, podem surgir síndromes paraneoplásicas, como as neuropatias periféricas. As dores secundárias ao tratamento do cancro podem ser causadas por cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, ou do uso de fármacos. As dores não causadas pelo cancro são aquelas decorrentes do imobilismo, da fraqueza muscular, anormalidades músculo-esqueléticas ou metabólicas, úlceras de decúbito e da permanência em posturas anti-álgicas por longos períodos (Kowalski *et al*, 2002; Arantes, 2008; Santos, 2008; Junior *et al.*, 2011; Graner *et al.*, 2012).

Na SIDA, a dor pode dever-se diretamente à doença pelo comprometimento do sistema nervoso central e periférico por VIH, como neuropatias ou mielopatias; à imunossupressão que leva a infeções oportunistas ou tumores como o sarcoma ou o linfoma; às terapias para a infeção como a medicação antirretroviral, a quimioterapia, a radiação, a cirurgia, os procedimentos e as várias desordens associadas. Também pode dever-se a fatores não relacionados com a doença ou o tratamento como a neuropatia diabética (Álvarez, 2000).

A avaliação da dor compreende a quantificação das características da dor e de suas repercussões biopsicossociais, ou seja, dos comportamentos dolorosos. É baseada nas expressões verbais e não-verbais e nas atitudes que indicam que a dor está a ser experienciada. A intensidade da dor é avaliada com escalas analógicas visuais (onde o paciente marca o lugar na reta que mais se ajusta ao seu grau de dor), numéricas (onde a intensidade é dada por um número de 0 a 10, em que o 0 corresponde a ausência de dor e 10 à dor de intensidade máxima), escalas de categorias de expressões verbais (onde uma palavra define a intensidade da dor: ausência de dor – 1, dor leve – 2, dor moderada – 3, dor intensa – 4), expressões faciais, cores ou objetos. As características sensitivas e comportamentais podem ser conhecidas baseando-se na descrição da dor ou com inventários como o Brief Pain Inventory, o Memorial Pain Assessment Card, o McGill Pain Questionnaire (Caraceni *et al.*, 2002; Headley, 2004), a escala DOLOPLUS (Guarda, 2012) e o Levantamento de Dor Multidimensional (Headley, 2004).

#### 4.2. ASTENIA/FADIGA

Segundo Nascimento (2010), a astenia ou fadiga caracteriza-se por uma sensação persistente de cansaço e esgotamento, desproporcional à atividade realizada, sem causa aparente, e debilidade generalizada, contribuindo para a perda progressiva da capacidade funcional. Diferencia-se da fadiga do dia-a-dia porque esta é temporária e reverte com o repouso.

A astenia na doença terminal pode ter várias etiologias, desde doenças não relacionadas com o cancro (presença de outras patologias, alterações neuromusculares ou problemas emocionais) até alterações bioquímicas e hematológicas (febre, dor, desidratação, imobilidade, anemia) como ser induzida pelo próprio tratamento (Nascimento, 2010). A fadiga relacionada com a doença oncológica é definida como uma sensação subjetiva e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva relacionada com o cancro ou com o seu tratamento que não é proporcional à atividade desenvolvida e que interfere significativamente no funcionamento normal do doente. Constitui um problema extremamente comum nos doentes oncológicos em todas as fases de evolução de doença e afeta profundamente a qualidade de vida (Watson & Mock, 2004; Donnelly *et al.*, 2010; Weert *et al.*, 2010; Silva, 2011; Liu *et al.*, 2013).

Para além do cancro, com uma incidência de 57% em crianças (Pontes & Kurashima, 2009) e 90% em adultos (Radbruch, *et al.*, 2008; Nascimento, 2010), a fadiga também é comum na esclerose múltipla (78%), acidente vascular cerebral, doença de Parkinson (13 a 50%) e SIDA (37%) (O'Connell & Stokes, 2007; Smith & Hale, 2007; Chestnut, 2011).

A fadiga pode ser avaliada pelas escalas: *Functional Assessment of Cancer Therapy, Brief Fatigue Inventory, Cancer Related Fatigue Distress Scale, Multidimensional Fatigue Symptom Inventory, Multidimensional Fatigue Inventor, Piper Fatigue Scale, Fatigue Assessment Questionnaire, Schwartz Cancer Fatigue Scale e Cancer Fatigue Scale* (Nascimento, 2010).

### 4.3. SINTOMAS DIGESTIVOS

Hatanaka (2009) verificou que as alterações do hábito intestinal são queixas comuns entre pacientes em cuidados paliativos, sejam determinadas pela patologia de base e/ou pelo tratamento a ela direcionado, paliativo ou não.

#### 4.3.1. Obstipação

Do ponto de vista clínico pode-se considerar um doente obstipado aquele que não tomando laxantes, refere pelo menos dois dos seguintes sintomas num período de 12 semanas nos últimos 12 meses (*the Rome - II Criteria*): menos de três movimentos intestinais por semana, fezes duras em mais de 25% dos movimentos abdominais e sensação de esvaziamento incompleto em mais de 25% dos movimentos intestinais, excessivo esforço em mais de 25% dos movimentos intestinais, necessidade de manipulação digital para facilitar a evacuação (Lisboa, Motta, Lucena & Cazeiro, 2001; Pacheco, Matos & Madureira, 2010).

As causas desencadeantes são múltiplas: obstrutivas-mecânicas, síndromes dolorosos pélvicos, fibrose por radioterapia, neurológicas (compressão medular, infiltração sagrada), idade avançada, acamamento, depressão, falta de privacidade, metabólicas (desidratação, hipercalcemia, hipocalemia) e fármacos (opioides, anticolinérgicos, antidepressivos cíclicos, anticonvulsivantes) (Lisboa *et al.*, 2001; Maganto *et al.*, 2006; Sancho & Martín, 2009; Hatanaka, 2009).

Aproximadamente 45 a 50% dos doentes que são admitidos em unidades de cuidados paliativos têm obstipação (Hatanaka, 2009), estando presente em 23-65% dos casos de cancro, 34-35% de SIDA, 38-42% de doença cardíaca, 27-44% de DPOC e 29-70% de doença renal (Larkin *et al.*, 2008).

A obstipação ocorre também frequentemente em pacientes com doença de Parkinson devida a fatores intrínsecos da doença, medicação, e redução dos fluídos ingeridos (Lokk & Delbari, 2012).

Há um certo número de escalas de avaliação de obstipação disponíveis. Quatro das mais usadas são: *Bristol Stool Form*

*Scale, Constipation Assessment Scale, Constipation Visual Analogue Scale e Eton Scale Risk Assessment for Constipation* (Larkin *et al.*, 2008).

#### 4.3.2. Incontinência fecal

A incontinência fecal é um grande problema de saúde, particularmente embaraçoso, que afeta cerca de 2 a 24% da população adulta, aumentando para 47% nos idosos institucionalizados. A incontinência fecal pode ser definida como a excreção involuntária recorrente de fezes em locais inadequados ou em momentos inapropriados, e abrange a passagem involuntária de gás, líquido ou fezes sólidas, que quando é percebida denomina-se incontinência de urgência, e quando não se sente chama-se incontinência passiva. Doenças neurológicas específicas podem desencadear a incontinência fecal como esclerose múltipla, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral e lesão da medula espinhal. Recentemente, tem sido estimado que 6% das pessoas com 60 anos ou mais sofrem perda involuntária de fezes e que 3% perdem involuntariamente tanto fezes como urina (Bols *et al.*, 2007).

A avaliação dos músculos do pavimento pélvico pode ser realizada por dinamómetro (Dumoulin & Morin, 2007), por palpação usando a escala de Oxford modificada (Bo & Sherburn, 2007) e *biofeedback* (Coffey, Wilder, Majsak, Stolove & Quinn, 2002).

### 4.4. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Os sintomas respiratórios mais frequentes e passíveis de tratamento de fisioterapia são a dispneia, a tosse e a presença de secreções brônquicas.

#### 4.4.1. Dispneia

Em contexto de cuidados paliativos, a dispneia é um sintoma que pode ocorrer tanto em doentes do foro oncológico como não-oncológico e surgir em qualquer fase da doença. A incidência

deste sintoma no doente paliativo pode variar entre os 48% e 70% (Fischer, 2006; Azevedo, 2010).

Num estudo de Solano, Gomes e Higginson (2006), realizado a doentes terminais com cancro, VIH, DPOC, doença cardíaca e doença renal, a dispneia foi observada em mais de 50% da amostra, sendo mais prevalente em doentes com DPOC e doença cardíaca.

A dispneia está também presente em 60% dos pacientes que morrem de insuficiência cardíaca avançada (Martínez-Sellés *et al.*, 2009) e até 85% de pessoas com ELA, cuja hipoventilação crónica pode causar sono pobre e perturbado, anorexia, cefaleia matinal, pesadelos e letargia (Oliver & Borasio, 2004).

É importante ter em mente que 24% dos pacientes que apresentam dispneia não possuem patologia cardiopulmonar (Carvalho, 2009).

A dispneia é descrita como uma sensação subjetiva de dificuldade em respirar. É particularmente angustiante e perturbadora e vai depender da sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação, podendo causar um grande sofrimento tanto ao doente como aos seus familiares (Maganto *et al.*, 2006; Azevedo, 2010).

A falta de ar é muitas vezes intermitente, ocorrendo em episódios de 5-15 minutos que são precipitados quando os pacientes se esforçam, dobram o corpo ou mesmo quando falam, associando-se a sensação de exaustão (Twycross, 2003).

A dispneia deve ser diferenciada de outras dificuldades respiratórias como a taquipneia (aumento dos ciclos respiratórios), uma vez que o controlo sintomático é dirigido para o alívio/redução do sintoma (dispneia) e não do sinal (taquipneia). É possível um doente ter frequências respiratórias baixas e ao mesmo tempo sentir falta de ar, assim como estar taquipneico e não ter dispneia (Machado, 2012).

Azevedo (2010) sumariza diferentes causas etiológicas de dispneia no doente neoplásico como consequência direta ou indireta da invasão local ou disseminação metastática de uma neoplasia ou da terapêutica antineoplásica (cirurgia de amputação do parênquima pulmonar, radioterapia, quimioterapia). Outras causas de dispneia em doentes oncológicos ou não-oncológicos em situações terminais são caquexia com consequente fraqueza

dos músculos respiratórios, anemia, dificuldade na mobilização das secreções brônquicas, insuficiência cardíaca, infeção respiratória, tromboembolismo pulmonar, acidose metabólica, edema agudo do pulmão, broncoespasmo (asma brônquica, DPOC), pneumotórax, dor torácica ou ansiedade.

De entre os vários fatores que predispõem o doente a maior risco de desenvolver dispneia, destacam-se: história de tabagismo, asma, DPOC e irradiação pulmonar (Machado, 2012).

Para avaliar a dispneia e o seu impacto na qualidade de vida do utente, encontram-se duas escalas validadas para a população portuguesa, aplicadas à população de doentes terminais independentemente da doença de base: o *Saint George Respiratory Questionnaire* e o *Chronic Respiratory Questionnaire*. Existem contudo outras escalas possíveis, mas muitas delas carecem ainda de validação para a população portuguesa (Azevedo, 2010).

#### 4.4.2. Tosse e secreções brônquicas

A tosse consiste numa expiração forçada contra a glote parcialmente fechada, podendo ser um ato reflexo ou voluntário. É um mecanismo de defesa das vias aéreas mas pode ter efeitos desagradáveis quando prolongada ou intensa. A sua prevalência é de 38% segundo Walsh, Donnelly e Rybick (2000).

Pode ter múltiplas causas como os processos inflamatórios, as causas mecânicas como a presença de secreções brônquicas, derrames pleurais, os agentes poluentes como gases tóxicos, irritantes ou fumos, os fatores térmicos como o ar frio ou quente e causas neuropsíquicas, psicóticas ou neuróticas (Azevedo, 2010).

A tosse afeta cerca de 37% dos pacientes com cancro avançado (principalmente de pulmão), 38% desses com sintomas moderados ou intensos. Ocorre mais de 10 vezes por dia em cerca de dois terços dos pacientes, interferindo na respiração, no sono e às vezes dificultando a fala. Chega a ser prevalente em 29% a 83% dos pacientes em cuidados paliativos (Carvalho, 2009).

As secreções brônquicas são um acúmulo de substâncias dispensáveis do aparelho respiratório nos brônquios, que dificultam a ventilação pulmonar, principalmente quando existe dificuldade na sua eliminação (Sousa, 2012).

#### 4.5. SINTOMAS PSICOLÓGICOS

A recidiva da doença ou a progressão sem retrocesso da mesma, em especial, quando surge após um período de remissão, é altamente devastador para o doente e família, dando lugar a ansiedade e depressão, com expressões de negativismo e de retoma das preocupações com a morte. O doente sente que a partir deste momento virá a dor, a incapacidade, a sobrecarga dos seus entes queridos, a dependência, podendo surgir ideias suicidas, resultantes do elevado sofrimento a que está sujeito (Capelas, 2008).

##### 4.5.1. Depressão e Ansiedade

A depressão é um sentimento patológico de tristeza, que se caracteriza por desânimo, perda de interesse e do prazer em realizar o que anteriormente se fazia. Deve considerar-se uma depressão clínica quando existe uma clara dificuldade de adaptação à doença e um estado de sofrimento evidente que interfere com a vida quotidiana do doente (Bernardo, Leal, & Barbosa, 2010).

A depressão acarreta diminuição da qualidade de vida e amplificação da dor, assim como angústia e *burnout* nos cuidadores. Em doentes terminais diminui a adesão terapêutica, a capacidade de lidar com o decurso da doença e é um fator de risco major para suicídio e desejo de antecipação de morte, incapacitando os doentes na busca de sentido, no estabelecimento de relações e na despedida (Adler *et al.*, 2009).

A depressão varia entre 10 a 25% nos doentes crónicos, mas apenas 5 a 10% terão depressão severa (Maganto *et al.*, 2006). Em pacientes com insuficiência cardíaca a depressão incide em 21% a 36% (Adler *et al.*, 2009).

A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável vivenciado como sentimento difuso de medo e apreensão (Maganto *et al.*, 2006; Guimarães, 2009).

A ansiedade afeta 21 a 35% de pacientes com cancro avançado e 66% com doença de Parkinson com flutuações motoras (Maganto *et al.*, 2006; Lökk & Delbari, 2012).

A ansiedade e a fadiga manifestam-se a nível somático, afetivo, cognitivo e comportamental. Fadiga, sentimento de pouca energia, perda de peso, anorexia e obstipação são manifestações somáticas, enquanto tristeza, melancolia, irritabilidade, desespero, desânimo, sentimento de desamparo, de abandono, de culpa, o são a nível afetivo. Na esfera cognitiva podem manifestar-se dificuldades de concentração, lentidão de pensamento, défices na memória curta, ideias suicidas, enquanto ao nível comportamental surge retardamento psicomotor, perturbações do sono, perda de interesse e prazer na realização de atividades usuais, em especial no relacionamento com família e amigos e períodos de choro (Capelas, 2008).

A ansiedade grave é acompanhada por sintomas físicos como palpitações, falta de ar, xerostomia, disfagia, anorexia, náuseas, diarreia, micções frequentes, tonturas, sudação, tremor, cefaleias, tensão muscular, fadiga, fraqueza nas pernas e dores no peito. Muitos doentes ansiosos dormem mal, têm pesadelos e sentem-se relutantes em ficarem sozinhos durante a noite (Twycross, 2003).

Para avaliação de ansiedade e depressão, podem ser usadas a *Hospital Anxiety and Depression Scale*, validada para a população portuguesa, a Escala de Depressão de Edimburgo (Bernardo *et al.*, 2010) e o *Beck Depression Inventory* (McCann & Holmes, 1988).

No entanto verificou-se que, tendo em conta a população alvo e a sua complexidade, com uma única pergunta como: “Esteve deprimido a maior parte do tempo nas últimas duas semanas?” obtém-se grande sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo de 1,0 (Bernardo *et al.*, 2010).

##### 4.5.2. Distúrbios de sono

Em cuidados paliativos as perturbações do sono são comuns, com estudos a mostrar uma prevalência de 36% para a insónia e de 20% para a sonolência (Teunissen *et al.*, 2007).

A insónia é definida como uma sensação subjetiva de “dormir mal” que pode resultar de tempo de sono insuficiente, dificuldade em iniciar ou manter o sono ou pelo facto de o sono não ter

sido reparador. Palma e Salazar (2010) referem que antes de se intervir diretamente neste sintoma deve-se verificar se advém de sintomas associados que necessitem de tratamento como a dor, dispneia, ansiedade, prurido, ou se está relacionada com fatores ambientais, como as interrupções frequentes do sono, os barulhos, a temperatura ambiental ou a ingestão de bebidas estimulantes. A sonolência diurna é maioritariamente consequência da insónia (Lisboa *et al.*, 2001).

A qualidade do sono pode ser avaliada através de quatro medidas: o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), o *Insomnia Severity Index* (ISI), o *Pittsburgh Sleep Diary* e o *Actiwatch* (Hurley *et al.*, 2010).

#### 4.6. OUTROS SINTOMAS

O linfedema, a diminuição da mobilidade e a incontinência urinária são sintomas não menos comuns mas aos quais não é dada tanta importância pelo conformismo do prognóstico das patologias presentes nos cuidados paliativos. No entanto, há respostas que os podem minorar.

##### 4.6.1. Linfedema

O linfedema define-se como uma acumulação de líquido no espaço intersticial, rico em proteínas, que surge devido a uma inadequada drenagem linfática e que se caracteriza pelo aparecimento progressivo de edema, inflamação crónica e fibrose (Marcucci, 2005; Clemens, Jaspers, Klaschik & Nieland, 2010; Hayes, Johansson *et al.*, 2012). É mais comumente encontrado nas extremidades, mas também pode ser observado na cabeça, pescoço, abdómen, pulmões e regiões genitais (Loudon & Petrek, 2000).

O linfedema traz complicações físicas como diminuição da amplitude de movimento, sobrepeso do membro e assimetria na composição corporal, sensação de aperto, peso, sensação de expansão se houver exacerbação aguda, inflamação ou plexopatia braquial ou lombossagrada, défice de mobilidade e funcionalidade; e psicossociais como a perda da auto-estima,

prejuízo estético e dificuldades para o relacionamento interpessoal e sexual. Entre as possíveis intercorrências relativas ao linfedema estão o seroma, deiscência dos pontos cirúrgicos, dor, infeções, aderências e celulite (Twycross, 2003; Marcucci, 2005; Andrade, Cerqueira & Oliveira, 2010).

Distinguem-se habitualmente duas formas de linfedema: primário e secundário. O linfedema primário é causado pela falência do sistema condutor linfático (vasos linfáticos, espaço linfo-condutor e gânglios linfáticos). O linfedema secundário é causado por eventos, alterações ou processos de doença, que surgem na parte externa do sistema condutor linfático como infeções, processos tumorais, cirurgias ou tratamentos radio-terapêuticos (Loudon & Petrek, 2000; Vázquez, Tarruella-Cobo & Jiménez, 2004; Boursier, Vignes & Priollet, 2004; Batiston & Santiago, 2005; Andrade, Cerqueira & Oliveira, 2010; Lacomba *et al.*, 2010).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema são: o número de gânglios removidos durante a disseção axilar, radioterapia (especialmente nos gânglios linfáticos axilares), mastectomia, falta de mobilidade e excesso de peso (Loudon & Petrek, 2000; Marcucci, 2005; Arrault & Vignes, 2007; Clemens *et al.*, 2010; Lacomba *et al.*, 2010; Silva, 2011; Hayes *et al.*, 2012).

O linfedema secundário do membro superior após o tratamento de cancro da mama tem uma frequência estimada entre 12 e 28% (Arrault & Vignes, 2007; Huang, *et al.*, 2013). Outros artigos relatam taxas de incidência de 33% a 48% após a disseção de linfonodos axilares e radioterapia (Cheifetz & Haley, 2010).

O linfedema pode ser avaliado por bioimpedância e medição do volume dos membros como o deslocamento da água ou a perimetria (Boursier *et al.*, 2004; Cheifetz & Haley, 2010; Hayes *et al.*, 2012).

##### 4.6.2. Diminuição da mobilidade

A restrição ao leito é parte integrante do tratamento de várias patologias agudas ou crónicas, como o cancro. Apesar de a imobilização ser benéfica nestas doenças, permitindo o tratamento e

recuperação do paciente comprometido, inúmeras complicações podem ocorrer em diversos órgãos e sistemas (Videira, Ruiz, Lima, Choniac & Montagnini, 2004).

Uma das principais complicações da imobilidade é a atrofia muscular. Os músculos perdem cerca de 10 a 15% de sua força a cada semana de imobilização, os músculos da extremidade inferiores e troncos são os primeiros a tornarem-se fracos, pois são músculos antigravitacionais e nos pacientes acamados a gravidade é diminuta. A perda de força muscular e resistência resulta na incoordenação dos movimentos das extremidades podendo limitar as suas atividades de vida diária (Videira *et al.*, 2004).

Há também uma perda de mobilidade após a disseção axilar para tratamento do cancro da mama, maioritariamente no ombro homolateral, estando presente em 61,9% das mulheres operadas. Essa complicação parece ser influenciada por fatores como a extensão da abordagem cirúrgica axilar, a realização da radioterapia pós-operatória e infeções (Batiston & Santiago, 2005).

A mobilidade pode ser avaliada pela goniometria para medir as amplitudes articulares, e funcionalmente por escalas como a Medida de Independência Funcional, o Índice de Barthel, o Índice de Katz (Guccione, 2004) ou a *Palliative Performance Scale*, baseada na escala de Karnofsky com adaptação aos cuidados paliativos (Maciel, 2009).

#### 4.6.3. Incontinência urinária

A Sociedade Internacional de Continência estabelece que a incontinência urinária (IU) é “a perda involuntária de urina, que determina desconforto social e higiénico, podendo ser demonstrável de forma objetiva” (Knorst, Cavazzotto, Henrique & Resende, 2012). Quase sempre está precedida de urgência, ou seja, o paciente apresenta um desejo contínuo de urinar. Na incontinência produz-se um atraso da micção em relação ao desejo de urinar. Este atraso pode ser causado pela debilidade do doente, alterações psicológicas (depressão, confusão, desalento, etc.) e sonolência (Maganto *et al.*, 2006).

A incontinência urinária classifica-se em incontinência urinária de esforço, caracterizada por perda ao esforço físico, sem que haja contração do músculo detrusor da bexiga, sendo a forma mais comum, com prevalência de 55%; de urgência, quando os portadores sentem um desejo repentino e forte de urinar, porém não são capazes de controlar o mecanismo de micção; e mista, que representa a associação entre as anteriormente citadas) (Glazener *et al.*, 2011; Knorst *et al.*, 2012).

A disfunção da bexiga ocorre em até 70% dos pacientes com doença de Parkinson, caracterizando-se por hiperatividade do músculo detrusor, o que leva a noctúria, urgência e frequência urinária aumentada (Lokk & Delbari, 2012).

A prevalência da incontinência urinária após prostatectomia radical varia de 2% a 60% e após a cirurgia radical pode chegar aos 82%. Em contraste, a prevalência de incontinência urinária após a ressecção transuretral da próstata é mais baixa (cerca de 11%). A incidência da incontinência urinária diminui com o tempo estagnando aos 1-2 anos após cirurgia (Glazener *et al.*, 2011).

Tal como referido anteriormente, os músculos do pavimento pélvico podem ser avaliados por dinamómetro (Dumoulin & Morin, 2007), por palpação usando a escala de Oxford modificada (Bo & Sherburn, 2007) ou *biofeedback* (Coffey *et al.*, 2002).

## 5. O FISIOTERAPEUTA NA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS (Rita Afonso)

A Fisioterapia centra-se na “análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida” (artigo 5.º, alínea g do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro).

A Confederação Mundial de Fisioterapia define Fisioterapia como “a prestação de serviços a pessoas e populações para desenvolver, manter e restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida útil. A fisioterapia inclui a prestação de serviços em circunstâncias onde o movimento e a função estão ameaçados pelo processo de envelhecimento ou de lesão ou doença. A Fisioterapia preocupa-se com a identificação e maximização do potencial de movimento, dentro das esferas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A Fisioterapia envolve a interação entre fisioterapeutas, pacientes ou clientes, famílias e cuidadores, num processo de avaliação de potencial de movimento e estabelecimento de metas e objetivos, utilizando conhecimentos e habilidades únicas para fisioterapeutas” (Kumar & Jim, 2010).

O Fisioterapeuta desempenha um papel inerente à equipa de cuidados paliativos multidisciplinar com ênfase na melhoria da função e da qualidade de vida dos pacientes, face ao desconforto físico associado à progressão da doença que inclui o controlo de sintomas, a gestão de resultados físicos, tais como a mobilidade, força, flexibilidade, resistência, deformação, coordenação, equilíbrio, marcha, respiração,

tolerância ao exercício e gasto de energia (Kumar & Jim, 2010).

### 5.1. TRABALHO EM EQUIPA

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem transdisciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma conceção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram de todos (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010). Os membros da equipa disponibilizam competências ou capacidades ao serviço de um interesse comum, através de uma livre expressão e partilha de opiniões, com o objetivo de garantir que o paciente receba o melhor atendimento e suporte (Duarte, 2011; Junior, 2011). Nesse sentido, a atuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia (Porchet, 2006; Bernardo *et al.*, 2010).

Os cuidados paliativos são fornecidos por uma equipa de profissionais de saúde, constituída por médicos e enfermeiros com formação específica, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, nutricionista, farmacêutico, e eventualmente por capelão, ortoprotésico, e animador social (Radbruch & Payne, 2008; Guru, Manoor & Supe, 2012; Bruera & Yennurajalingam, 2012).

Um dos pilares de abordagem por uma equipa interdisciplinar é a nomeação de um gestor de caso que, independentemente da sua especificidade profissional e sem prejuízo da intervenção de outros profissionais será aquele que está em condições de garantir a resposta à maioria das necessidades detetadas. Um outro pilar é a realização de reuniões interdisciplinares (semanais ou bissemanais), que incluem a avaliação de necessidades, discussão de objetivos terapêuticos, elaboração de um plano terapêutico, avaliação de resultados e a promoção de suporte da própria equipa. O profissionalismo, a flexibilidade e adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e apoio interprofissional, com o estabelecimento de um clima de cooperação franca, são também pilares importantes e fulcrais, para a qualidade de trabalho em equipa (APCP, 2006).

As equipas têm a necessidade e o dever de se auto-cuidarem, de prevenirem o *burnout* e de ajudar os seus membros a enfrentá-lo, no caso de surgir. Informalmente, a promoção do respeito pessoal e profissional entre todos os elementos da equipa é um elemento essencial (APCP, 2006).

Balfort Mount, pioneiro da medicina de unidades de cuidados paliativos nos hospitais, dizia aos seus companheiros: “Você já trabalhou numa equipa? Mostre-me as suas cicatrizes.” A diversidade de interesses, a história profissional e do trabalho de cada um dos seus membros, a diferenciação de papéis (explícitos e implícitos) e *status*, estabelecendo hierarquias e nível de dificuldade da tarefa podem ser variáveis – que afetam a complexidade do trabalho em equipa. Em cuidados paliativos, o *burnout* parece estar mais relacionado com as dificuldades de se trabalhar de uma determinada maneira em equipa do que com o que significa enfrentar diariamente a decadência e morte (Barbedo & Díaz, 2007).

A formação contínua de todos os membros da equipa deverá ser uma prioridade, sempre com base nas necessidades de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como das necessidades individuais. Para que a continuidade dos cuidados possa ser uma realidade torna-se, também, necessário o estabelecimento de protocolos de articulação dos recursos existentes na área geográfica de prestação de cuidados, a fim de ser alcançada a melhor cobertura das necessidades do doente e família e serem garantidos os seus cuidados de forma continuada (APCP, 2006).

Realizada a avaliação das necessidades do doente/família, a equipa interdisciplinar deverá discutir com o mesmo, um conjunto de objetivos terapêuticos e o conseqüente plano de execução, o qual deve ter em conta as necessidades prioritárias encontradas tanto a nível físico, como psicossocial e espiritual. Os objetivos e conseqüente plano terapêutico, assim como a avaliação das necessidades, deverão ser alvo de reavaliação regular, em períodos discutidos e assumidos pela equipa interdisciplinar (APCP, 2006).

Bernardo *et al.* (2010) apontam no trabalho em equipa uma série de vantagens: o apoio mútuo, com o objetivo de ultrapassar as dificuldades individuais; o sentimento de que o trabalho

é reconhecido, através dos diferentes elementos da equipa; a manutenção da continuidade, diferenciação e unidade dos cuidados; a resolução de situações complicadas através de uma boa tomada de decisão; o aperfeiçoamento de competências; a partilha de experiências e a participação na formação da equipa. Uma equipa eficaz possui propósito partilhado, *empowerment*, relações e comunicação, flexibilidade, ótimo rendimento, reconhecimento e motivação.

## 5.2. COMUNICAÇÃO COM O DOENTE E FAMÍLIA

É impossível não comunicar. A palavra e a escuta são duas ferramentas extremamente importantes no trabalho em cuidados paliativos. Elas permitem a troca de informação sobre si e sobre tudo o que as rodeia. Por esta razão a comunicação constitui uma necessidade primordial na atenção ao doente e família, no entanto, esta apesar de importante é bastante difícil (Rijo, 2011).

Um dos principais problemas na prática dos cuidados paliativos é determinar se informamos ou não o doente e como se irá desenvolver a comunicação. É frequente encontrar os termos informação e comunicação usados indistintamente. A informação é apenas uma parte da comunicação e, em cuidados paliativos, envolve habitualmente um grande dilema: informar ou não, de toda a verdade, o doente (Querido, Salazar & Neto, 2010).

Os estudos referem que 40% a 70% dos doentes conhecem a natureza da sua doença. Por essa mesma razão o doente deveria ter a oportunidade de solicitar a informação, marcar o ritmo, o tempo, ou escolher os interlocutores e a forma como gostaria que ela lhe fosse transmitida. Assim, em função da informação requerida ou solicitada acerca da doença, existem doentes que exigem o diagnóstico; outros que pedem o diagnóstico mas ao mesmo tempo mostram não querer informação clara sobre a verdade; e aqueles que não se interessam em absoluto pelo seu diagnóstico (Querido *et al.*, 2010).

Neste contexto, é fundamental que a comunicação se desenvolva de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas. A esperança realista – cumprimento de metas realistas e viáveis – deve ser incentivada e



viabilizada pela equipa de cuidados paliativos, questionando o doente sobre estes aspetos e incluindo-os no plano de cuidados (Querido *et al.*, 2010). Esta esperança deve ser redirecionada a objetivos mais simples como a reintegração do paciente na sociedade, desenvolvimento de atividades culturais, físicas ou recreacionais (Marcucci, 2005).

Deverá ser facilitada ao máximo a comunicação entre familiares/cuidadores do doente e os profissionais de saúde. Deverão ser proporcionados ao doente/família um espaço e tempo adequados para que possam exprimir-se, entre todos, incluindo a equipa de saúde, as emoções, dúvidas e inquietações, de modo a serem “normalizadas” e respondidas, quanto possível. Devem ainda ser tidos em conta os assuntos práticos (direito a regalias e a obtenção de ajudas técnicas, por exemplo), que se apresentam muitas vezes na fase final de vida (APCP, 2006).

Ao cuidar do paciente em fase paliativa, uma das principais habilidades de comunicação necessárias ao profissional é a escuta, visto que permite identificar as reais demandas dos pacientes. Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado pela sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente. Ser ouvido é uma importante demanda de quem vivencia a terminalidade (Silva & Araújo, 2009).

Como nos dizem Querido *et al.* (2010), o contacto visual é também um aspeto muito importante, os doentes sentem que um profissional de saúde está a olhar para eles, parece-lhes que estes profissionais são mais honestos e sinceros, e sentem que estão a receber atenção e uma escuta interessada. Um contacto visual ao mesmo nível é o mais adequado, e mais ainda, na situação de cuidados paliativos, em que grande parte dos doentes se encontra acamado.

O contacto visual, aliado à expressão facial, poderão ser considerados como os dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal. Existem diversas expressões faciais, que variam consoante a combinação do formato e posição dos olhos, das sobrancelhas, das narinas e da boca, que permitem transmitir diferentes emoções e sentimentos. Sempre que possível, é desejável que se limitem as emoções negativas, e potenciem as positivas, por exemplo um sorriso genuíno habitualmente transmite uma sen-

sação de interesse, esperança e de verdadeiro compromisso. A comunicação não-verbal pode servir para complementar e reforçar a mensagem que se pretende transmitir, este tipo de comportamentos são igualmente importantes para poder interpretar o comportamento não verbal dos doentes. As mensagens verbais devem sempre ir de encontro às mensagens não verbais, não devendo nunca, haver discrepância entre aquilo que se diz, e aquilo que se transmite, sob pena, de ser mais tomada em conta aquela mensagem que habitualmente é mais genuína, a não-verbal. As mensagens não verbais que os doentes nos transmitem devem, também, ser tomadas em conta (Querido *et al.*, 2010).

Comunicar eficazmente implica competência relacional, emocional, ética, cultural e espiritual. Exige um equilíbrio entre o conhecimento que temos (“saber”), habilidades que possuímos para fazer algo (“saber fazer”), e atitudes consoante as nossas motivações, valores, emoções (“saber ser”). Além destas 3 componentes devemos juntar a nossa própria vulnerabilidade, pois conhecendo os nossos próprios limites aumentamos a capacidade de ajudar o outro. O auto-conhecimento é um recurso importante para quem cuida dos que sofrem, de modo a evitar a projeção das próprias necessidades ou problemas, pois não seria uma relação de ajuda. Na relação de ajuda o objetivo é a satisfação de necessidades da pessoa ajudada (Rijo, 2011).

Qualquer estratégia adotada para se conseguir uma comunicação eficaz deve ter em conta que cada doente é único, assim como é única e particular a situação em que se encontra e o momento que vive (Duarte, 2011).

O apoio à família é também parte integrante dos cuidados paliativos. Uma família satisfeita aumenta as probabilidades de o doente estar também satisfeito. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação (Twycross, 2003).

A metanálise de vários estudos sobre as necessidades de um familiar do paciente gravemente enfermo, em iminência de morte, aponta que ele deseja sentir-se útil no cuidado de seu ente, entender o que está sendo feito por ele e o porquê, ser informado acerca de mudanças nas condições clínicas e proximidade de

morte, ser assegurado do conforto do doente, poder expressar as suas emoções, ter os seus sentimentos compreendidos e ser confortado, encontrando algum significado na perda da pessoa amada (Silva & Araújo, 2009).

Perceciona-se que a conspiração do silêncio representa uma situação problemática que é necessário contrariar. Numa situação em que existe uma conspiração do silêncio, a família e o doente evitam falar sobre a situação, podendo solicitar à equipa ou a outros elementos da família para que a informação seja ocultada. Correndo o risco de assim comprometer gravemente a relação doente/família. A família opta muitas vezes por um silêncio protetor quando se depara com uma situação de doença avançada, argumentando que o doente não será capaz de enfrentar a situação se tiver conhecimento da mesma, que ficará muito deprimido e que poderá mesmo atentar contra a sua vida. Twycross (2003) defende que esta reação deve ser considerada como uma reação inicial de choque, que resulta do medo instintivo dos familiares relacionado com a morte, associado ao desejo de protegerem do sofrimento um ente querido. Não devendo ser usada como desculpa para nada dizer ao doente (Redondo, 2012).

Se desejarmos que a família e o doente se apoiem mutuamente, é necessário passar desta reação inicial para uma posição de maior abertura e confiança. A família não pode proibir o médico de discutir o diagnóstico e o prognóstico com o doente. Na verdade, devido à ética da confidencialidade médica, é claro que só se pode dizer à família com o consentimento implícito ou explícito do doente, e não o contrário (Twycross, 2003).

As más notícias são informações que alteram drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro. Na prática, a questão não reside tanto em “dizer ou não dizer”, mas sim “quando e como dizer”. Dar más notícias provoca habitualmente perturbação, tanto ao doente como à pessoa que as dá. É necessário estar preparado para enfrentar uma reação emocional intensa, por exemplo, lágrimas e cólera. Dar as notícias ao doente e à família em conjunto evita dificuldades e desconfianças e cria oportunidade para o apoio mútuo (Twycross, 2003).

A comunicação de más notícias pode ser facilitada com o uso do protocolo de Buckman, que é baseado em seis passos: conseguir o ambiente correto, descobrir o que o doente já sabe, desco-

brir o que o doente quer saber, partilhar a informação, responder às reações/emoções do doente, e planear o acompanhamento (Querido *et al.*, 2010).

O luto é a maior crise pessoal que muitas pessoas jamais têm de enfrentar e, tal como outros acontecimentos de vida stressantes, tem sérias consequências para um número substancial de pessoas. O luto não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual. O luto afeta os sentimentos, os pensamentos e o comportamento. Uma grande perda obriga as pessoas a adaptarem as suas conceções sobre o mundo e si próprias, e o luto é um processo de transição. O luto é o processo através do qual as pessoas assimilam a realidade da sua perda e encontram uma forma de viverem sem a presença física da pessoa falecida (Twycross, 2003).

O apoio no luto apela a tudo o que fazemos para acompanhar ao longo do tempo os familiares, antes da morte e até depois da morte. Acompanhar é percorrer o caminho ao lado da pessoa e não por ela. Os profissionais de saúde devem tranquilizar a família assegurando o apoio no controlo sintomático e no ensino dos cuidados de higiene e mobilização e explicar à família que ninguém melhor do que eles para dar afeto ao seu ente querido. Apesar do trabalho do luto ser um processo deveras cansativo para a família, o cuidar de um familiar é com frequência referido por estes como um tempo único e gratificante (Rijo, 2011).

O profissional deve possuir algumas qualidades para acompanhar lutos como a capacidade de empatia e contenção, atitude e ideologia tolerantes, capacidade de introspeção sobre as emoções e conflitos pessoais, não sofrer de perturbações psiquiátricas graves ou de personalidade, manter os seus compromissos afetivos e familiares, necessidades afetivas básicas preenchidas pelas relações com próximos/familiares/rede social, possuir conhecimentos dos processos de luto e das respostas e ritos sociais perante o luto, ter feito uma elaboração suficiente dos seus próprios lutos, suficiente experiência de vida para poder relativizar as suas próprias experiências e crenças e as do enlutado, e fazer, se possível, supervisões ou tutorizações, individuais ou em grupo, para elaborar as dúvidas, conflitos e ambivalências decorrentes do acompanhamento em que está envolvido (Barbosa, 2010).

## 6. INTERVENÇÃO ESPECÍFICA DO FISIOTERAPEUTA (Rita Afonso)

O fisioterapeuta, a partir da avaliação dos pacientes em cuidados paliativos, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando o alívio dos sintomas para que vivam o mais ativamente possível, com a qualidade de vida, dignidade e conforto possíveis (Andrade, Sera, & Yasukawa, 2009). Nos sub-capítulos seguintes são analisadas as intervenções específicas do Fisioterapeuta em Cuidados Paliativos. Na ausência de informação na literatura científica sobre esta temática específica, devido ao escasso número de estudos encontrados, são abordadas as intervenções em situações que sejam comuns aos cuidados paliativos.

### 6.1. NA DOR

A fisioterapia revela-se uma excelente intervenção não invasiva no controlo da dor. Dentro das várias medidas, há a destacar a eletroterapia, a termoterapia, a massagem, a cinesiterapia e a utilização de ortóteses e auxiliares de marcha (Mayer, 1985; Herr & Mobily, 1992; Katz, 1998; Yeng, Teixeira, Greve & Yuan, 2003).

#### 6.1.1. Eletroterapia

A eletroterapia consiste na utilização de corrente elétrica com finalidades terapêuticas. A corrente elétrica com fim analgésico mais utilizada é a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), uma técnica simples e não invasiva que pode ser aplicada na clínica por profissionais de saúde ou em casa pelos próprios pacientes. O efeito analgésico ocorre pela produção de endorfinas que são libertadas no organismo para que se liguem a recetores específicos no sistema nervoso central e periférico, diminuindo a percepção da dor e as respostas nociceptivas. Esta corrente só deverá ser aplicada onde a sensibilidade tátil estiver

preservada e a pele estiver íntegra (Sykes *et al.*, 1997; Sampaio, Moura & Resende, 2005).

Fahrer (1991), numa revisão de 25 estudos sobre a eficácia da TENS no alívio de vários tipos de dor, entre 1975 e 1990, concluiu que a eletroestimulação transcutânea deve ser considerada como uma terapia analgésica adjuvante no controlo da dor.

No caso de dores agudas, 39 trabalhos foram revisados por Reeve, Menon e Corabian (1996) sobre a utilização da TENS em várias etiologias de dor como dor pós-operatória, dismenorreia, lombalgias, cervicalgias e processos odontológicos. Cerca de 19 desses estudos concluíram que a TENS foi significativamente mais eficaz do que o efeito placebo e do que várias outras formas analgésicas medicamentosas não especificadas.

Um estudo de Hamza, White, Ahmed e Ghoname (1999) comparou o uso de TENS e a quantidade de morfina utilizada para analgesia em pacientes após cirurgia ginecológica (histerectomia ou miomectomia), e verificou que o uso de TENS diminuiu em até 47% o uso de morfina comparado com o TENS placebo (não ligado).

Rooney, Jain e Goldiner (1983) avaliaram a eficácia da TENS no alívio da dor aguda pós-toracotomia (por carcinoma do pulmão) através da comparação do consumo de narcóticos. Enquanto a eletroestimulação foi utilizada, 22,7% dos pacientes não consumiram narcóticos nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Já os grupos placebo consumiram narcóticos após a cirurgia.

Esta técnica tem sido indicada para pacientes em cuidados paliativos com dor de intensidade leve a moderada, nas regiões da cabeça e pescoço, derivada da invasão tumoral nervosa, da nevralgia pós-herpética ou da metástase óssea (Khadilkar *et al.*, 2005; Khadilkar, *et al.*, 2008; Bennett *et al.*, 2010). Num trabalho realizado por Osório (1991), envolvendo pacientes com cancro de cabeça e pescoço, a TENS foi efetiva no alívio das dores, com um tempo de analgesia variando entre 3 a 18 horas e, num dos participantes do estudo, a dor deixou de existir após a primeira eletroestimulação.

Ostrowski (1979) envolvendo 13 pacientes com diferentes tipos de cancro no seu estudo, concluiu que alguns pacientes passaram a consumir menor quantidade de analgésicos durante a eletroestimulação.

Ventafriidda, Sganzerla, Fochi e Cordini (1979) também utilizaram TENS em pacientes com dor oncológica. Inicialmente, por um período de 10 dias, a TENS teve sucesso em reduzir a dor marcadamente em 96% dos pacientes, mas após 30 dias somente 4 pacientes, somando um total de 11%, continuaram a obter alívio da dor. O uso de analgésicos, entretanto, foi reduzido em 54% dos pacientes após um mês de utilização diária da TENS.

No trabalho desenvolvido por Mannheimer e Lampe (1984), exclusivamente com pacientes oncológicos, também foi relatado que o alívio da dor com a TENS diminuía após o sucesso inicial. Entretanto a eficácia foi frequentemente restaurada por rearranjo da colocação dos elétrodos e/ou utilização de diferentes modos de estimulação.

No estudo de Avellanosa e West (1982), 60 pacientes com dor oncológica intratável foram submetidos a TENS para controlo da dor. Após duas semanas de tratamento, cerca de 17 pacientes (28,3%) obtiveram resposta excelente, 22 (36,2%) pouca resposta e 21 (35%) não obtiveram resposta analgésica. Após três meses, foram reavaliados e apresentaram respostas excelentes em 9 pacientes (15%), pouca resposta em 11 (18,3%) e nenhuma resposta em 40 (67%).

McQuay, Moore, Eccleston, Morley e Williams (1997), numa ampla revisão sistemática encontraram suporte para o uso de TENS em dor crónica. O Instituto Nacional de Câncer (2001) apoia que 70% dos pacientes com dor crónica respondem ao TENS, porém, após um ano de uso este índice pode cair para 30% (Marcucci, 2005).

Num outro estudo desenvolvido por Loeser, Black e Christman (1975) com 198 pacientes com dor crónica de diversas etiologias, 12,5% obtiveram alívio das dores em longo prazo. Seguindo este raciocínio, Meyler, Jongste e Rolf (1994) submetem 211 pacientes com diferentes síndromes dolorosas crónicas ao tratamento com TENS. Na reavaliação após acompanhamento de 6 meses, os pacientes revelaram resposta favorável, na maioria dos casos, em dores causadas por lesão de nervos periféricos (53%), por angina resultante de doença cardíaca isquémica (75%) e dor musculoesquelética (69%). Estes resultados sugerem uma potencial utilização em oncologia, visto que

muitos pacientes cursam com lesões de nervos periféricos e dor tecidual por fibrose actínica (pós-radioterapia), sobretudo em pacientes submetidos à ressecção de tumores do tecido osteoconectivo e de cabeça e pescoço, quase sempre acompanhada de esvaziamentos cervicais.

### 6.1.2. Termoterapia

A termoterapia superficial por adição (calor) pode ser uma opção para o tratamento da dor pois o aquecimento da pele reduz a atividade dos motoneurónios gama, na medula espinhal, e a atividade elétrica das fibras intrafusais, reduzindo o espasmo muscular e a dor. Ocorre também a redução da atividade do sistema simpático adrenérgico ganglionar, ocasionando vasodilatação (Lee, Yang & Eason, 1990; Michlovitz, 1996; Kitchen & Bazin, 2003; Sampaio *et al.*, 2005).

O calor superficial pode ser aplicado sob a forma de compressas quentes, almofadas, bolsas de gel ou de água quente e banhos de imersão (Minson *et al.*, 2011).

A termoterapia por calor está contra-indicada, em casos de aplicação direta sobre tumores malignos, áreas desprovidas de sensibilidade, ou de insuficiência vascular, tecidos lesados ou infetados e de radioterapia local (Lehmann & DeLateur, 1994; Marcucci, 2005; Sampaio *et al.*, 2005; Florentino, Sousa, Maiworn, Carvalho & Silva, 2012).

A redução da temperatura local pode ser um recurso utilizado no controlo da dor inflamatória a qual pode surgir em determinados tipos de cancro como os carcinomas inflamatórios (Franks & Teich, 1990). A crioterapia provoca vasoconstrição por aumento da atividade simpática, após estimulação dos recetores de frio na pele. Essa ação vasoconstritora reduz os mediadores químicos que são libertados no local da lesão e dessa forma, controlam o contacto desses mediadores inflamatórios com os nociceptores reduzindo a dor (Lee *et al.*, 1990; Michlovitz, 1996).

O frio pode ser aplicado sob a forma de gelo, gel químico maleável e *spray* congelante (Michlovits, 1986; Rhiner, Ferrell, Ferrell & Grant, 1993; Ernst, 2009). Apesar do uso frequente, não existem estudos controlados da analgesia induzida pelo frio

para dor em doentes com cancro. O frio pode ser usado para tratamento da dor oncológica quando o calor não consegue reduzir o espasmo muscular, em condições inflamatórias agudas, diminuição de hiperexcitabilidade dos neuromas e dos pontos-gatilho miofasciais (Lehmann & DeLateur, 1994).

A crioterapia deve ser evitada onde não existe integridade sensorial, em casos de alergia ou intolerância ao frio, comprometimento arterial periférico, onde o tumor compressivo pode causar diminuição da circulação local e em regiões de tratamento com radioterapia (Sampaio *et al.*, 2005).

A combinação de termoterapia por adição e subtração, ou seja, o banho de contraste é mais eficaz do que o calor ou o frio isoladamente. É indicada quando é objetivado efeito analgésico maior e resolução mais acentuada do edema. Não é, entretanto, recomendada em locais de radioterapia recente ou em casos onde um tumor compressivo possa causar redução na circulação local (Yeng, Teixeira, Greve & Yuan, 2003).

### 6.1.3. Massagem

A massagem é definida como a manipulação dos tecidos moles do corpo, executada com as mãos, com o propósito de produzir efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso. A pressão comprime os tecidos moles e estimula os recetores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar. A manobra de estiramento reduz a tensão sobre os músculos promovendo o seu relaxamento (Wilkinson, Barnes & Storey, 2008; Ernst, 2009).

Antes de realizar a massoterapia em pacientes com dor oncológica, é importante avaliar a região a ser manipulada, já que ela pode estar alterada pelo próprio tumor ou por tratamentos realizados (Sampaio *et al.*, 2005).

Camargo e Marx (2000) acrescenta que a comunicação não-verbal do contacto físico muitas vezes é a que mais conforta. A massoterapia, além de excelente instrumento de sedação da dor, é uma valiosa ferramenta de comunicação.

Nos estudos de Ernst (2009) e Wilkinson, Barnes e Storey (2008), e na revisão sistemática de Minson *et al.* (2011) com

14 estudos randomizados, observou-se que a massagem pode aliviar vários sintomas como fadiga, dor, náusea e ansiedade em patologia oncológica, a curto prazo, como também melhora a qualidade de relaxamento, sono e resposta imunológica dos doentes.

No estudo de Cassileth e Vickers (2004), 1.290 doentes com cancro foram tratados por 12 massagistas licenciados. Recorrendo à escala visual análoga, foi avaliada a intensidade pré e pós-massagem para os seguintes sintomas: dor, fadiga, náuseas, depressão, stresse e ansiedade. Após o tratamento houve uma redução média de cerca de 50% nos registos dos sintomas (no caso da dor de 47,8%), indicando que a massagem terapêutica está associada com uma melhoria substantiva da sintomatologia em doentes oncológicos.

Kutner *et al.* (2008), num ensaio clínico de 2 semanas para avaliação da eficácia da massagem na redução da dor, do humor depressivo e na melhoria da qualidade de vida de doentes com cancro avançado, alocaram aleatoriamente 308 participantes com dor moderada a severa a um grupo de controlo sujeito a toque suave (n=192) ou a um grupo sujeito a massagem (n=188). As conclusões do estudo foram de que, comparada com o toque suave, a massagem pode ter um efeito benéfico imediato na dor (e no humor) em doentes com cancro avançado, mas que este efeito não é mantido no tempo.

Wilkie *et al.* (2000) efetuaram um ensaio clínico aleatorizado, em que dos 29 doentes com cancro e com queixas dolorosas, 14 receberam tratamento de rotina e 15 tratamento de rotina e duas massagens por semana, durante 2 semanas. A intensidade da dor no grupo da massagem teve uma redução de 42% comparada com uma redução de 25% no grupo de controlo.

Ferreira e Lauretti (2007) efetuaram um estudo para testar a eficácia da massagem no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida em doentes oncológicos sob cuidados paliativos. Dezassete participantes receberam 20 minutos de massagem e fisioterapia motora e respiratória enquanto que os 17 pacientes do grupo de controlo receberam apenas atendimento fisioterapêutico respiratório e motor, durante dez dias consecutivos. A conclusão do estudo foi que a inclusão de dez dias de massagem resultou numa melhoria da dor e da qualidade de vida, sem ter

havido incidência de efeitos adversos, revelando-se uma técnica adjuvante alternativa para o tratamento da dor oncológica.

A massagem pode ajudar a aliviar dores generalizadas especialmente em pacientes que estão acamados ou que têm mobilidade reduzida. Um estudo piloto de Jane, Wilkie, Gallucci, Beaton e Wang (2009) que incluiu 30 pacientes com metástases ósseas avaliaram os efeitos da massagem terapêutica sobre a dor, ansiedade e relaxamento fisiológico ao longo de um período de 16 a 18 horas. A massagem teve um impacto positivo sobre a dor e a ansiedade, proporcionando um benefício imediato eficaz, a curto prazo (20 a 30 minutos) em 9,3 doentes, benefício intermediário (1 a 2,5 horas) em 7,9 doentes, e benefício a longo prazo (16 a 18 horas) em 4 doentes. Nenhum paciente relatou efeitos adversos.

#### 6.1.4. Cinesiterapia

A cinesiterapia é uma terapia que utiliza o movimento como forma de tratamento, proporcionando mobilidade, flexibilidade, coordenação muscular, aumento da força muscular e resistência à fadiga. Os exercícios podem ser passivos, ativos, ativos assistidos e ativos resistidos. O estímulo à marcha e o condicionamento dos aparelhos cardiovascular e respiratório são também instrumentos que podem contribuir para melhorar o processo de reabilitação. A utilização dos exercícios terapêuticos deve ser sempre adaptada à capacidade de cada indivíduo (Berglund, Bolund, Gustavsson & Sjoden, 1993; Teixeira, 2003; Yeng *et al.*, 2003; Minson *et al.*, 2011; Florentino *et al.*, 2012).

O exercício físico auxilia na redução do edema e da inflamação, melhora as condições circulatórias, acelera o processo cicatricial e o relaxamento muscular, reduz a dor e a incapacidade funcional (Loscalzo, 1996). Estudos mostram que os exercícios realizados na população com cancro têm proporcionado ganhos na capacidade funcional, diminuição da fadiga e benefícios em outros parâmetros analisados (Winningham, 2001). Apesar das limitações metodológicas dos estudos disponíveis e da necessidade de haver mais ensaios clínicos de boa qualidade, as evidências indicam que os exercícios trazem benefícios fisio-

lógicos e psicológicos durante o período de tratamento (Kramer & Erickson, 2007).

Alguns estudos sugerem que os exercícios promovem neurogênese, aumento do volume cerebral e melhoria da função cognitiva, como também a neuroplasticidade. No entanto, os mecanismos precisos dessas modificações ainda não estão totalmente esclarecidos. As atividades físicas são métodos baratos e de fácil execução e parecem exercer papel importante para prevenir e restaurar a função cognitiva e o bom funcionamento do cérebro (Kramer & Erickson, 2007).

Estudos mostram que os exercícios realizados na população com cancro têm proporcionado ganhos na capacidade funcional, e diminuição da fadiga. Apesar das limitações metodológicas dos estudos disponíveis e da necessidade de haver mais ensaios clínicos de boa qualidade, as evidências indicam que os exercícios trazem benefícios fisiológicos e psicológicos durante o período de tratamento (Sampaio *et al.*, 2005).

Um estudo que envolveu 39 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico do cancro de mama, que realizaram cinesiterapia durante 20 sessões, concluiu que esta terapia aumentou a amplitude de movimento e diminuiu a dor no membro superior, especialmente no início da intervenção, evidenciando a importância da abordagem inicial da fisioterapia (Rett, Mesquita, Mendonça, Moura & DeSantana, 2012).

A atividade física é contra-indicada em casos de febre, aumento da frequência respiratória e cardíaca e aumento no consumo de plaquetas (Delisa, 2002).

#### 6.1.5. Ortóteses e auxiliares de marcha

As ortóteses são dispositivos cujo objetivo principal é alinhar, prevenir e/ou corrigir deformidades, além de contribuir na minimização de quadros algícos. O uso profilático de uma ortótese propicia a estabilização de uma lesão dolorosa e auxilia na prevenção de fraturas, evitando uma experiência algíca maior, além da restrição e perda da mobilidade voluntária. A sua utilização ou de auxiliares para a marcha permitem ao paciente uma maior funcionalidade e a preservação de sua mobilidade e autonomia. Nos

casos de lesões ósseas ao nível da coluna vertebral, as ortóteses podem proporcionar o único meio de proteção do canal vertebral. O tipo da ortótese dependerá do quadro de instabilidade e os movimentos que necessitam de proteção e estabilização (Florentino *et al.*, 2012). É de extrema importância educar as famílias e cuidadores sobre a correta aplicação dos aparelhos ortopédicos para que não exacerbam a dor (Buga & Sarria, 2012).

## 6.2. NA ASTENIA E FADIGA

No controlo da fadiga e da astenia, torna-se importante gerir as atividades e outros sintomas que contribuem para a sua exacerbação, promovendo a mobilidade através de atividade/exercício físico funcional e adequado ao paciente (Ferrel & Coyle, 2001).

### 6.2.1. Conservação de energia

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 nos seus sintomas (Marcucci, 2005). As intervenções para a conservação de energia direcionam a escolha individual sobre as atividades do paciente priorizando os objetivos, identificando os recursos disponíveis, distribuindo tarefas para membros da família ou cuidadores e considerando realizar as tarefas diárias com menor investimento de energia (Portenoy & Itri, 1999; Lawrence, Kupelnick, Miller, Devine & Lau, 2004; Radbruch *et al.*, 2008). Para isso a fisioterapia pode ajudar os pacientes a desenvolver estratégias para realizar as atividades diárias (Marcucci, 2005).

### 6.2.3. Exercício físico

A capacidade funcional diminui com a inatividade. Uma opção de treino físico é o exercício aeróbico, como caminhada, corrida, ciclismo e natação, adaptado à condição de cada

paciente (Marcucci, 2005). O treino muscular pode melhorar os resultados funcionais, cognitivos e doenças respiratórias dos doentes em cuidados paliativos (Schweickert *et al.*, 2009), aumentando potencialmente a capacidade de realizar as atividades de vida diária (Clini *et al.*, 2011).

Vários estudos sobre o uso de exercícios no tratamento de mulheres com cancro da mama reportaram benefícios psicológicos, que possibilitaram às pacientes adaptar mais facilmente ao diagnóstico da patologia e tratamento, e também benefícios quanto à massa muscular (Marcucci, 2005).

Um grupo de programa de exercícios de 50 minutos duas vezes por semana, durante seis semanas reduziu a fadiga em pacientes com cancro com curta esperança de vida (Oldervoll *et al.*, 2006).

Várias revisões e meta-análises têm acumulado fortes evidências de que o exercício aeróbico reduz os níveis de fadiga em pacientes sobreviventes de cancro e que receberam tratamento para o cancro (Mock, 2004; Schmitz *et al.*, 2005).

Courneya (2001) revisou sistematicamente a influência do exercício nos sintomas relacionados com o cancro e verificou melhoras significativas na capacidade funcional, força muscular, composição corporal, índices hematológicos, padrões de sono e fadiga, diminuição de dores, náuseas e diarreia, satisfação corporal, melhoria do humor (diminuição de ansiedade, irritabilidade e depressão) e melhoria na qualidade de vida.

Na fadiga relacionada com o cancro, segundo a sua revisão sistemática, Watson e Mock (2004) recomendam que o programa de exercícios seja de baixa a moderada intensidade, progressivo respeitando o condicionamento cardiovascular, predominantemente aeróbico na natureza e que seja utilizado um diário de exercícios que documente a participação e encoraje a adesão.

## 6.3. NOS SINTOMAS DIGESTIVOS

Nos sintomas digestivos, o tratamento de Fisioterapia passa por promover o peristaltismo no caso de obstipação e treinar a força e/ou coordenação dos músculos do pavimento pélvico para melhor controlar a defecação.

### 6.3.1. Obstipação

A massagem abdominal pode ser útil em alguns doentes para a profilaxia e tratamento da obstipação, geralmente combinada com outras medidas. Deve-se encorajar os pacientes a tomar medidas práticas para prevenir ou reduzir o risco de prisão de ventre por meio de fatores de estilo de vida como dieta e mobilidade, quando possível (Larkin *et al.*, 2008).

#### 6.3.1.1. Massagem abdominal

A massagem abdominal facilita o trânsito do bolo fecal e estimula o reflexo de defecação, sendo uma alternativa eficaz, menos oneroso e menos invasiva, que melhora a função intestinal e diminui a dor abdominal causada pela prisão de ventre (Lâmås, Lindholm, Stenlund, Engström & Jacobsson, 2009).

Leão, Pena, Araújo e Gomes (2011) estudaram os efeitos da intervenção fisioterapêutica e da ingestão diária de uma bebida de frutas laxante no tratamento da doença das chagas (também conhecida por megacólon chagásico) a longo prazo. Os pacientes receberam 12 sessões de fisioterapia bissemanais, que consistiram em massagem abdominal, exercícios abdominais, e orientação para beber diariamente em jejum um sumo de fruta laxante, prescrito por um nutricionista, durante o período de tratamento (usando apenas laxantes aquando de mais de três dias sem uma evacuação). Após 6 semanas de intervenção, 91,7% dos pacientes apresentaram diminuição significativa de obstipação e um ano após o fim do tratamento 72,7% indicaram melhoria dos sintomas.

#### 6.3.1.2. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback

Harrington & Haskvitz (2006) estudaram o caso de uma senhora de 85 anos, obstipada há vários meses. A intervenção começou por ensino da anatomofisiologia pélvica e intestinal, de irritantes alimentares e técnicas de higiene pessoal às paciente e cuidadora, para evitar esforço durante a evacuação, a fim de

diminuir o risco de desenvolver disfunção do nervo pudendo (Engel & Kamm, 1994). De seguida, foram instruídos um plano de exercícios dos músculos do períneo e uma massagem do intestino abdominal propulsiva de forma a promover a motilidade intestinal ao longo do cólon, para realizar em casa. Na reavaliação após 13 semanas, a doente evoluiu de 5/12 para 7/12 na força muscular e referiu a ausência de sintomas de obstipação, defecando diariamente.

Lau *et al.* (2006) estudaram 23 pessoas diagnosticadas com obstipação por descoordenação dos músculos do pavimento pélvico, submetidas a um tratamento multidisciplinar (enfermagem – ensino da fisiologia do sistema digestivo e educação de hábitos intestinais, nutricionista – educação de hábitos alimentares e fisioterapia para ensino e treino de coordenação da musculatura do pavimento pélvico) durante 6 meses. Após o tratamento, 78% dos pacientes relataram pelo menos 50% de melhoria nos sintomas e hábitos intestinais, 70% mostraram correção da descoordenação dos músculos pélvicos. Para este tipo de obstipação, o uso de retorno imediato da informação através de aparelhos sensórios eletrónicos por biofeedback, fornece um novo treino da sensação e controlo dos músculos do esfíncter anal e pavimento pélvico, eliminando assim as contrações paradoxais durante o processo de defecação (Chiarioni, Whitehead, Pezza, Morelli & Bassotti, 2006; Rao, 2009; Simon & Bueno, 2009; Rao, Valetin, Brown, Zimmerman & Schulze, 2010).

### 6.3.2. Incontinência fecal

Tal como na obstipação por disfunção perineal, na incontinência fecal a fisioterapia visa maximizar a resistência e a coordenação das contrações do pavimento pélvico.

#### 6.3.2.1. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback

A fisioterapia resume-se ao treino de musculatura do pavimento pélvico que consiste em contrações e relaxamentos seletivos voluntários dos músculos do pavimento pélvico e do



esfíncter anal. Os pacientes também são orientados a realizar exercícios em casa diariamente (Bols *et al.*, 2007).

Bartlett, Sloots, Nowak e Ho (2011) realizaram um estudo com o objetivo de descrever o efeito do tratamento de *biofeedback* para incontinência fecal no bem-estar dos 53 participantes regionais e 19 rurais, no hospital de Townsville, Austrália. As sessões consistiram na avaliação, reeducação da respiração, percepção perineal e esfíncteriana, e ensino de exercícios para fortalecimento do pavimento pélvico para realizar em casa. Noventa e sete por cento dos participantes apresentaram melhora significativa durante o tratamento, mais nos pacientes rurais que tinham estilos de vida mais afetados negativamente. Dois anos mais tarde os sintomas e qualidade de vida dos participantes regionais continuou a melhorar, enquanto que os dos participantes rurais regrediram aos níveis pré-tratamento.

Um recente estudo retrospectivo de Byrne, Solomon, Young, Rex e Merlino (2007) com 385 pacientes também mostrou a eficácia de *biofeedback* num decréscimo de 32% da incontinência fecal em mais de 70% dos participantes.

#### 6.4. NOS SINTOMAS URINÁRIOS

Em 1948, Arnold Kegel criou uma série de exercícios direcionados para a musculatura do pavimento pélvico, realizados com contração voluntária que ocasiona o fechamento uretral, favorecendo a continência através do fortalecimento da musculatura perineal. No ano de 2005, a Sociedade Internacional de Continência indicou a fisioterapia como tratamento de primeira linha para a incontinência urinária, devido à sua alta efetividade, baixo custo e baixos riscos. Os recursos utilizados são: cinesiterapia, que se baseia em exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, o qual aumenta o tônus e a resistência uretral; cones vaginais (usado apenas em mulheres), que são dispositivos com a mesma forma e tamanho, com pesos variados, que usa o mesmo princípio do *biofeedback*, objetivando aprimorar os processos fisiológicos por meio da conscientização da musculatura perineal e a eletroestimulação, que emite impulsos elétricos para o nervo eferente da muscu-

latura perineal, aumenta o fluxo sanguíneo para os músculos, reestabelece as conexões neuromusculares e melhora a função da fibra, aumentando o tônus e alterando o seu padrão de ação (Costa e Santos, 2012).

Um estudo feito por Honório *et al.* (2009) mostrou que a cinesiterapia para fortalecimento do pavimento pélvico e a eletroestimulação endovaginal, têm apresentado resultados expressivos para a melhora dos sintomas e na qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária.

##### 6.4.1. Eletroestimulação funcional

No estudo de Herrmann *et al.* (2003), investigou-se a eficácia da eletroestimulação transvaginal do pavimento pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço em 22 mulheres. As pacientes submetem-se a duas sessões semanais, com duração de 20 minutos, no período de dois meses. O resultado do estudo demonstrou que 77,3% das pacientes consideraram-se satisfeitas com a eletroestimulação transvaginal do pavimento pélvico e a indicariam a outrem.

Santos *et al.* (2009) selecionaram 4 mulheres com queixa de incontinência urinária de esforço que receberam tratamento com eletroestimulação funcional. As pacientes foram submetidas a duas sessões por semana, com tempo de vinte minutos cada sessão, durante quatro meses. Os resultados mostraram que 58,3% ficaram satisfeitas ou muito satisfeitas, enquanto que 41,7% não observaram qualquer melhora.

Arruda (2000) selecionou 29 mulheres com diagnóstico de instabilidade vesical. As pacientes submetem-se a duas sessões semanais de eletroestimulação vaginal, cada uma durando vinte minutos, por um período de três meses consecutivos. Após o tratamento, 75,9% das pacientes consideravam-se curadas ou melhoradas e apenas 24,1% delas se sentiam insatisfeitas com a terapia. Com relação à urgência miccional, 41,4% das pacientes que apresentavam este sintoma antes do tratamento referiram desaparecimento do mesmo após a eletroestimulação. Os autores notaram ainda diminuição gradativa do número de episódios de perda urinária.

Petros e Skilling (2001) estudaram 60 mulheres com incontinência urinária, usando um programa de eletroestimulação durante 3 meses e verificaram uma melhoria de 65% dos sintomas.

#### 6.4.2. Exercícios do pavimento pélvico e biofeedback

Glavind, Nøhr e Walter (1996) estudaram mulheres com incontinência urinária de esforço, tendo-as dividido em dois grupos: grupo de controlo (n=15) com duas ou três sessões de fisioterapia com atendimento individual (ensino da anatomia pélvica, instruções verbais durante os exercícios e eram incentivadas a realizá-los em casa pelo menos 3 vezes ao dia) e um grupo de intervenção (n=19) que recebeu, para além do mesmo que o grupo de controlo, mais quatro sessões de *biofeedback*, uma vez por semana. O grupo 2 apresentou menor perda urinária do que o grupo 1, um mês e três meses após a intervenção, e sentiu-se mais motivado durante o seguimento.

Chang *et al.* (1998) estudaram 50 pacientes submetidos a prostatectomia transuretral, divididos em dois grupos: grupo controlo – sem intervenção, e um grupo que realizou exercícios do pavimento pélvico durante 4 semanas, no qual se verificou melhoria na qualidade de vida dos indivíduos incluídos.

Kakahara (2003) realizou um estudo com o objetivo de verificar a eficácia da cinesiterapia na redução da incontinência urinária em 11 homens submetidos a prostatectomia radical ou transuretral, concluindo que após a fisioterapia, houve redução das perdas nas incontinências muito severa, severa ou moderada.

Kampen *et al.* (2000) analisaram 102 pacientes incontinentes após serem submetidos a prostatectomia radical retropúbica. Eles participaram num programa de reeducação do pavimento pélvico num período de até um ano. No final de 3 meses, 88% dos homens sentiram-se curados.

Amaro, Agostinho, Trindade, Lautenschlager e Gameiro (1997) compararam a aplicação da eletroestimulação endovaginal com a cinesiterapia para fortalecimento do pavimento pélvico, onde foram selecionadas 14 portadoras de incontinência urinária de esforço ou mista, sendo divididas em dois grupos de sete mulheres cada. Observou-se desaparecimento dos

sintomas de incontinência de urgência em todas as pacientes e foram obtidos bons resultados em 50% dos casos com seguimento médio de 10 meses.

Moore, Griffiths e Hughton (1999) realizaram um estudo com 63 homens submetidos a prostatectomia radical, dividindo-os em 3 grupos: 1 – sem intervenção, 2 – exercícios do pavimento pélvico e 3 – exercícios do pavimento pélvico mais estimulação elétrica, em 2 sessões de 30 minutos por semana, durante 12 semanas. No final do tratamento a perda de urina decresceu de 463g para 115g, não havendo diferença significativa entre os grupos 2 e 3.

Herderschee, Hay-Smith, Herbison, Roovers e Heineman (2011), através de uma revisão sistemática, verificaram que mulheres que receberam *biofeedback* foram mais propensas a relatar que a sua incontinência urinária foi curada ou melhorada em comparação com as que auferiram somente os exercícios de fortalecimento muscular.

Pages, Jahr, Schaufele e Conradi (2001) compararam 2 grupos de mulheres com incontinência urinária, em que um deles foi submetido a 20 sessões de uma hora de terapia em grupo, um programa de exercícios domiciliares e exercícios aeróbios (n=27), e o outro a 20 sessões individuais de 15 minutos com *biofeedback* (n=13). Em ambos os grupos houve redução significativa da frequência urinária noturna e melhoria na avaliação subjetiva, embora o segundo grupo apresentasse melhores resultados na avaliação subjetiva e nas pressões de contração muscular após a intervenção.

Aksac *et al.* (2003) também dividiram as pacientes com incontinência urinária em 3 grupos: grupo 1 – exercícios para a musculatura do pavimento pélvico, três vezes ao dia, por oito semanas, em ambiente domiciliar, sem assistência (uma vez por semana, as pacientes tinham um acompanhamento ambulatorial de reforço e correções), grupo 2 – exercícios com *biofeedback*, em consultório, três vezes por semana, por oito semanas, e grupo 3 – não fizeram nenhum exercício. Os autores concluíram que os grupos 1 e 2 tiveram uma melhoria significativamente maior que o grupo 3, e que o grupo 2 teve um maior aumento de força muscular do que o grupo 1.

Berghmans *et al.* (1996) realizaram um estudo com 40 mulheres com incontinência urinária de esforço (graus 1 e 2),

dividindo-as em dois grupos: controlo - que realizaram apenas treino muscular do pavimento pélvico (n=20) (12 sessões de 25 a 35 minutos cada, três vezes por semana), e experimental - com acréscimo de *biofeedback* (n=20). Após seis sessões o grupo 2 apresentou melhorias significativamente maior que o grupo 1, mas após as 12 sessões, os resultados foram semelhantes (média de ganho de 55%).

Sung, Choi, Back, Hong e Yoon (2000) realizaram um estudo com mulheres com incontinência urinária, de forma a comparar a eficácia da combinação da eletroestimulação com *biofeedback* (n=30), com exercícios intensivos para o pavimento pélvico (n=30) e placebo (n=30), durante 6 semanas. O primeiro grupo apresentou uma melhoria significativamente maior na pressão máxima de contração e no desconforto, quando comparada à melhoria do grupo que realizou apenas exercícios.

Bo, Talseth e Holme (1999) compararam os três tratamentos conservadores mais utilizados (treino da musculatura pélvica, eletroestimulação e cones vaginais) em 107 mulheres com incontinência urinária de esforço. Após seis meses de terapia observou-se que a melhoria da força muscular do pavimento pélvico e a redução da perda de urina foram significativamente maiores no grupo de fortalecimento muscular quando comparado com a eletroestimulação e o uso de cones vaginais.

Castro *et al.* (2008) também compararam a eficácia da combinação de cinesiterapia do pavimento pélvico, eletroestimulação e uso de cones vaginais, e nenhum tratamento ativo em 118 mulheres com IU de esforço, verificando que 58, 55 e 54% das mulheres que usaram as três técnicas referidas, respetivamente, relataram estar satisfeitas após o tratamento de seis meses.

## 6.5. NOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

A fisioterapia respiratória pode ser utilizada em cuidados paliativos com o objetivo de prevenir e/ou tratar complicações respiratórias através da permeabilização das vias aéreas, da reeducação respiratória e do fortalecimento dos músculos respiratórios (Gastaldi *et al.*, 2007; Rous, Betoret & Aldás, 2008; Kumar & Jim, 2010).

As técnicas mais usadas, baseadas na evidência, neste tipo de pacientes são a drenagem autogénica, a tosse, a técnica do ciclo ativo, a pressão expiratória positiva, o exercício, a drenagem postural e a aspiração de secreções.

### 6.5.1. Secreções respiratórias

Keenleyside e Vora (2006) recomendam que a fisioterapia respiratória juntamente com a nebulização de soro fisiológico contribuem para a remoção de secreções.

#### 6.5.1.1. Drenagem autogénica

Segundo Chevallier (1984) e Nowobilski, Włoch, Płaszewski e Szczekliak (2010), a drenagem autogénica é uma técnica ativa de remoção de secreções e melhoria da ventilação. É um método de auto-drenagem, realizado de forma independente pelo paciente na posição de sentado. Permite que as secreções se soltem das vias respiratórias periféricas, movimentando-se para as vias aéreas de maior dimensão, mais centrais, para facilitar a sua remoção (Downs, 1996).

Miller, Hall, Clayton e Nelson (1995) compararam o efeito da drenagem autogénica com a técnica do ciclo ativo de respiração em conjunto com a drenagem postural (técnicas descritas posteriormente) em 18 doentes com fibrose cística, e constataram que a drenagem autogénica foi mais rápida a remover as secreções, e produziu melhorias no fluxo de expiração forçada.

Savci, Ince e Arıkan (2000) mostraram que a drenagem autogénica era tão efetiva como a técnica do ciclo ativo da respiração, na melhoria da função pulmonar e remoção das secreções em pacientes com DPOC estável.

#### 6.5.1.2. Tosse

O ensino da tosse e a tosse manualmente assistida são técnicas usadas para a eliminação de secreções, quando o paciente se

encontra colaborante (Nowobilski *et al.*, 2010). Um paciente que precisa de alguma ajuda para melhorar a tosse não pode ser dispensado do papel ativo na tosse, pois o ato de tossir deve ser mantido tão ativo quanto possível. O paciente deve ser responsabilizado pelo seu próprio cuidado, sendo-lhe ensinado os conceitos envolvidos na produção de uma tosse efetiva (Massery & Frownfelter, 1996).

Quando a tosse não é eficaz pela diminuição da força da musculatura respiratória, pode usar-se a insuflação-exsuflação mecânica com um dispositivo (cough-assist<sup>®</sup>) que aplicando uma pressão positiva nas vias respiratórias e da variação rápida para uma pressão negativa, imita o mecanismo fisiológico da tosse. Winck *et al.* (2004) comprovaram a sua eficácia em pacientes com doenças restritivas e obstrutivas crônicas.

#### 6.5.1.3. Técnica do ciclo ativo da respiração

A técnica do ciclo ativo da respiração envolve três fases repetidas em ciclos: controlo da respiração instruindo o paciente a respirar de uma forma descontraída recrutando a musculatura respiratória correta, expansão torácica estimulando a capacidade inspiratória, e a técnica de expiração forçada que consiste em *huffing* intercalado com controlo de respiração. Um *huff* é uma expiração forçada rápida, mas não com esforço máximo, que pode ser comparada com a nebulização de um par de óculos com hálito quente para que eles possam ser limpos. Ao contrário de uma tosse em que a glote é fechada, um *huff* requer que a glote permaneça aberta (Downs, 1996; Ferrel & Coyle, 2001).

Segundo Pryor, Webber, Hodson e Batten (1979) e Hasani, Pavia, Agnew e Clark (1994), a técnica de expiração forçada é tão eficaz como a tosse em pacientes com DPOC ou bronquiectasia, embora o *huffing* exija menos esforço.

O ciclo de respiração ativa promove a participação ativa do paciente e tem demonstrado ser o mais eficaz tanto quando realizado pelo paciente sozinho como com o auxílio de um prestador de cuidados na remoção de secreções, melhorando a função pulmonar, sem aumentar a hipoxemia (Pryor *et al.*, 1979; Pryor, Webber, Hodson & Warner, 1994).

#### 6.5.1.4. Pressão expiratória positiva

A pressão expiratória positiva mantém as vias aéreas abertas durante a expiração e promove a ventilação colateral, permitindo que a pressão seja sentida distalmente à obstrução. Este método de limpeza das vias aéreas impede o colapso das vias aéreas, o que facilita a mobilização de secreções da periferia para as vias aéreas centrais. Um aparelho de máscara ou bocal proporciona uma resistência controlada para a exalação e requer uma expiração ligeiramente ativa, desimpedindo o volume corrente de inspiração (Downs, 1996; Grotberg, 2001).

#### 6.5.1.5. Exercício físico

O exercício pode melhorar o transporte muco brônquico em pacientes com DPOC (Oldenburg, Dolovich, Montgomery & Newhouse, 1979) ou fibrose cística (Zach, Purrer & Oberwaldner, 1981). A adição de exercício à fisioterapia respiratória aumenta significativamente a quantidade de muco expetorado (Baldwin, Hill, Peckham & Knox, 1994).

#### 6.5.1.6. Drenagem postural

A drenagem postural é realizada através do posicionamento do paciente, de modo que a posição do segmento do pulmão para ser drenado permita que a gravidade tenha o seu maior efeito. As posições usadas devem ser modificadas \_\_quando existe uma precaução ou contra-indicação relativa à posição ideal (Downs, 1996). A posição inclinada tem mostrado resultados na oxigenação, na melhoria da ventilação e perfusão e da capacidade residual do pulmão (Mure, Martling & Lindahl, 1997; Chatte *et al.*, 1997; Jolliet, Bulpa & Chevrollet, 1998; Gattinoni *et al.*, 2001). Também foram demonstradas melhorias na função pulmonar e na atelectasia em pacientes com doença unilateral, quando deitados com o pulmão afetado para cima (Gillespie & Rehder, 1987; Stiller, Jenkins & Grant, 1996).

Em pacientes acamados, o principal problema é o acúmulo de secreção pulmonar devido à diminuição da movimentação

do transporte mucociliar e enfraquecimento da tosse (Ferrel & Coyle, 2001), daí que o seu posicionamento seja tão importante. A posição em decúbito ventral aumenta a capacidade residual funcional e a relação ventilação/perfusão, enquanto que as posições laterais, aumentam a ventilação e a mobilização de secreção pela ajuda da gravidade. A posição de sentado aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório dos pacientes (Marcucci, 2005).

#### 6.5.1.7. *Aspiração de secreções*

Em alguns casos é necessário realizar a aspiração de secreções através de sonda. Esta deve basear-se na necessidade do indivíduo, avaliando ruídos pulmonares, agitação do paciente, diminuição da oximetria e mudanças do padrão respiratório, e não ser sistemática pois está associada ao desenvolvimento de hipoxemia, instabilidade hemodinâmica, lesões e hemorragias locais (Guglielminotti, Alzieu, Maury, Guidet & Offenstadt, 2000; Stiller, 2000). Estas ocorrências podem ser minimizadas através do uso de sedação tópica na sonda, pré-oxigenação e preparo profissional (Stiller, 2000).

### 6.5.2. **Dispneia**

Os meios fisioterapêuticos para o alívio da dispneia são exercícios de controlo respiratório, que auxiliam o paciente na sintomatologia e evitam a ansiedade durante uma crise dispneica e orientações sobre o gasto energético, diminuindo a demanda metabólica (Clemens, Quednau & Klaschik, 2009).

#### 6.5.2.1. *Ventoinha*

Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch e Booth (2010) estudaram a utilização de uma ventoinha voltada para o rosto e para a perna, de 50 participantes com doença respiratória avançada sem necessidade de oxigénio suplementar, durante 5 minutos, a qual

mostrou uma diminuição significativa na dispneia, em mais de 1 ponto na escala visual análoga, quando o ar em movimento foi direcionado para o rosto.

#### 6.5.2.2. *Fisioterapia respiratória multidirecional*

Num estudo prospetivo de 45 pessoas com cancro de pulmão, a maioria com doença ressecável e em bom estado geral, um programa de exercício aeróbico de 30 minutos por dia, durante 4 semanas, diminuiu significativamente a dispneia em 13,7% e tosse em 15,3% (Riesenberg & Lübbe, 2010).

Num estudo de Lox e Freehill (1999) com 40 participantes diagnosticados com DPOC, verificou-se que após 12 semanas de reabilitação pulmonar, houve melhorias significativas a nível da dispneia, tolerância à fadiga, função emocional e qualidade de vida total.

Szcegielniak *et al.* (2011) estudaram 44 pacientes com o diagnóstico de DPOC, estáveis medicamente, que participaram num programa de três semanas de fisioterapia respiratória multidirecional e concluíram que os níveis de interleucina-8 (proteína sintetizada por macrófagos e quimiotática para linfócitos T e neutrófilos) presentes nas secreções brônquicas decresceram ao fim de três semanas de fisioterapia em 41%, sugerindo a supressão da atividade de neutrófilos, que pode ser uma das razões para a melhoria da condição clínica dos pacientes.

### 6.6. **NOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS**

A ansiedade e a depressão são sintomas bastante frequentes em cuidados paliativos. Do ponto de vista depressivo, a diminuição 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 encontrados neste tipo de pacientes (Marcucci, 2005).

### 6.6.1. Exercício físico

O exercício físico moderado pode atuar nos estados de humor alterados, na demência (Clarkson-Smith & Hartle, 1989), na depressão, na estimulação do sistema imunológico e no alívio do stresse emocional (Marcucci, 2005). O exercício também influencia positivamente o tempo de execução ou reação e as habilidades cognitivas, como o raciocínio ou a memória de trabalho (Clarkson-Smith & Hartle, 1989).

McCann e Holmes (1988) através de um estudo com 43 mulheres diagnosticadas com depressão verificaram que com o exercício aeróbico realizado durante 10 semanas, a depressão decresceu consideravelmente em comparação com o grupo placebo que realizou exercícios de relaxamento. Brown e Siegel (1988), através de um estudo com população adolescente, concluíram que o exercício é um recurso valioso para combater o stresse, e McNeil, LeBlanc e Joyner (1991), que estudaram idosos com depressão moderada também verificaram que o exercício e o contacto social diminuam a sintomatologia depressiva avaliada pelo *Beck Depression Inventory*.

Tkachuk e Martin (1999) na sua análise apuraram que o exercício é um tratamento viável para os transtornos psicológicos. Formas menos extenuantes de exercício regular, como uma atividade física como caminhada foi mostrado ter maior benefício para a saúde em comparação com os medicamentos neuropsiquiátricos. A terapia de exercícios foi encontrada útil para a depressão clínica, deficiência de desenvolvimento, esquizofrenia, transtornos somatoformes e transtornos de abuso de substâncias.

Emery, Schein, Hauck e MacIntyre (1998) verificaram no seu estudo com doentes com DPOC, que o grupo que efetuou exercício físico, para além da reeducação (leituras educacionais) e classes de gestão de stresse (grupo de controlo) obtiveram melhores resultados na resistência física, no desempenho cognitivo e na ansiedade.

Eadie *et al.* (2013) investigaram a eficácia da fisioterapia para distúrbios do sono na lombalgia crónica. Vinte participantes realizaram um programa de caminhada, 20 realizaram classes de exercício supervisionado (uma aula por semana) e 20 fisioterapia

usual (aconselhamento, terapia manual e exercícios), todos eles durante 8 semanas. O sono foi avaliado pelo *Pittsburgh Sleep Quality Index*, *Insomnia Severity Index* e *Pittsburgh Sleep Diary*, e *Actiwatch*. A maioria (95%) dos participantes tinha distúrbios do sono. A aceitabilidade de *actiwatch* foi excelente no início (58 de 60 participantes), mas caiu em 3 meses (26 de 44 participantes). Houve melhorias no PSQI e ISI em todos os grupos de 3 e 6 meses.

### 6.7. NO LINFEDEMA

A literatura indica que os fisioterapeutas desempenham um papel importante na prevenção, deteção precoce e tratamento do linfedema secundário ao cancro (Johansson, 2005; McCallin, Johnston & Bassett, 2005; Suhag, 2005; Gomide, Matheus & Reis, 2007).

As técnicas usadas, maioritariamente, para diminuir o linfedema são os cuidados de pele, a elevação do membro afetado, o exercício físico, a compressão manual ou mecânica, a massagem de drenagem linfática, a eletroterapia e o conjunto de algumas técnicas como a terapia descongestiva complexa.

#### 6.7.1. Cuidados de pele

Antes de qualquer intervenção, o doente com linfedema deve ser ensinado a ter algumas precauções com o membro afetado, nomeadamente os cuidados com a pele. Devem ser evitados cortes, picadas de alfinete/agulha, raigotas, picadas de insetos, alérgenos de contacto ou irritantes, arranhões de animais e queimaduras na extremidade afetada. Sempre que possível, o membro afetado deve ser protegido de procedimentos médicos, tais como vacinação, colheita de sangue, acesso intravenoso, monitorização da pressão arterial, acupuntura, venografia e linfangiografia. O linfedema pode ser exacerbado aquando do uso de saunas, banhos de vapor ou banheiras de hidromassagem, tempo prolongado em climas quentes ou viagens, principalmente aéreas (Harris, Hugi, Olivotto & Levine, 2001).

### 6.7.2. Elevação

A elevação do membro reduz a exsudação capilar para os tecidos e promove o retorno linfático. É considerado mais útil na fase primária do linfedema (Bernas, Witte & Witte, 2001). Swedborg, Norrefalk, Piller e Asard (1993) investigaram a eficácia da elevação do membro linfedematoso em 33 mulheres mastectomizadas, e verificaram que, ao fim de 5 horas em elevação de 80°, houve uma redução significativa de 3,1% em volume da extremidade.

### 6.7.3. Exercícios terapêuticos

Os exercícios terapêuticos são capazes de ajudar a mover e drenar o fluido linfático para reduzir o edema e melhorar o uso funcional do membro envolvido. Eles favorecem a diminuição do linfedema através da compressão dos vasos coletores durante a contração muscular, da redução da hipomobilidade dos tecidos moles e linfoestagnação, do fortalecimento e da prevenção da atrofia muscular (Kisner & Colby, 2005).

Box, Marnes e Robertson (2004) envolvendo um grupo de controlo (n = 8) e um grupo de exercícios de hidroterapia (n = 8). Após 4 semanas de intervenção, houve uma redução de volume de 4,8%, no grupo hidroterapia, com reduções contínuas em 3 e 6 semanas de acompanhamento (2,9% e 8,6%, respetivamente), enquanto que o grupo de controlo aumentou o volume do membro. O grupo de exercícios também experienciou redução de dor, sensação de peso e aperto, rigidez e intolerância ao calor.

Moseley, Piller e Carati (2005) investigaram um programa de exercício resistido de membro superior associado a respiração profunda, durante 10 minutos, realizado 2 vezes por dia durante um mês, em 38 mulheres com linfedema. Após 1 mês de executar este regime (n = 24), houve uma redução de volume de 101 ml (9%), e melhorias significativas no peso e percepção do volume do membro.

### 6.7.4. Drenagem linfática manual

Uma importante técnica utilizada no tratamento do linfedema é a drenagem linfática manual (DLM) que consiste num conjunto de manobras lentas, rítmicas e suaves que obedecem ao sentido da drenagem fisiológica, e objetiva descongestionar os vasos linfáticos e melhorar a absorção e transporte de líquidos (Camargo & Marx, 2000; Godoy & Godoy, 2004; Meirelles, Mamede, Souza & Panobianco, 2006; Moseley *et al.*, 2006; Cheifetz & Haley, 2010).

Os efeitos físicos da DLM incluem um aumento da taxa de contração dos vasos linfáticos (Hutzschenreuter, Brümmer & Ebberfeld, 1989), o aumento da reabsorção de proteínas nos vasos linfáticos (Leduc, Bourgeois & Leduc, 1988), a redução da hipertensão microlinfática (Franzeck *et al.*, 1997) e melhoria da drenagem linfática colateral entre os territórios linfáticos da pele (Ferrandez, Laroche, Serin, Felix-Faure & Vinot, 1996), permitindo que o fluido seja redirecionado das áreas edematosas para os gânglios linfáticos funcionais em áreas não afetadas, um princípio importante na gestão do linfedema. Wittlinger e Wittlinger (1992) também sugerem que a DLM influencia o sistema nervoso simpático, promovendo o relaxamento (Moseley *et al.*, 2006; Cheifetz & Haley, 2010).

Clemens *et al.* (2010) estudaram a eficácia da drenagem linfática manual em 90 pacientes em cuidados paliativos com linfedema de tronco. A redução do edema linfático foi documentada como “pouca” em 18,9% dos pacientes, “moderada” em 64,4% e “boa” em 16,7% pacientes.

Os estudos de Piller, Swedborg, Wilking e Jensen (1994), e, Korpon, Vacariu, Schneider e Moser (2003), envolveram 12-17 participantes com linfedema, tratados com apenas drenagem linfática manual, que sofreram uma redução de volume de 8-10% dos membros afetados. O primeiro relata ainda que a redução do volume foi mantida em 6 meses de acompanhamento.

McNeely *et al.* (2004) realizaram um estudo com 50 mulheres com linfedema moderado, dividindo num grupo controlo que realizou apenas bandas multicamadas (técnica descrita mais à frente) e num grupo com as bandas multicamadas e também drenagem linfática manual. O grupo que realizou o tratamento

combinado teve uma redução maior do volume do membro (11%) do que o grupo controlo (4%).

Um estudo englobou 12 mulheres com linfedema por cancro da mama para investigar o efeito de uma manga compressiva (30-40 mmHg) durante 2 semanas, seguidas por duas semanas de DLM adicional. Após as 2 semanas revelou diminuição do edema em 7% do volume e após a drenagem linfática manual diminuiu mais 15% do volume (Johansson *et al.*, 1998).

Lacomba *et al.* (2010) usaram DLM, massagem do tecido cicatricial, e exercícios de ombro ativos e assistidos progressivos no pós-operatório em 60 pacientes submetidos a cirurgia de cancro de mama com linfedema secundário, enquanto que o seu grupo de controlo (n=60) recebeu apenas orientações para a prevenção do linfedema. No final de 1 ano pós-operatório, o grupo de intervenção apresentou uma diferença de apenas 1,6% de volume do membro afetado em relação ao membro contralateral, contra 5,1% apresentados pelo grupo de controlo.

O estudo de Ang, Saraswathi e Chan (2003) investigou DLM em combinação com uma roupa de compressão ou banda uma vez por semana, durante 12 semanas. Ambos os grupos de tratamento tiveram uma redução significativa do edema de 84% e 78%, respetivamente.

Dubois (2004) verificou que num grupo de 27 pessoas com linfedema submetidas a 43 sessões de uma hora de DLM houve uma redução de 40% no volume do membro afetado.

#### 6.7.5. Bandas multicamadas

As bandas multicamadas atuam através da modificação da dinâmica capilar venosa, linfática e tissular. Podem ser aplicadas através do enfaixamento compressivo funcional ou contenção elástica (manga/luva) de 15 a 36 mmHg. Promovem o aumento da pressão intersticial e da eficácia do bombeamento muscular e articular (Camargo & Marx, 2000).

As bandas multicamadas devem ser colocadas diariamente e removidas durante o repouso noturno, sendo as pacientes previamente treinadas por profissionais qualificados (Harris *et al.*, 2001; Kligman, Wong, Johnston & Laetsch, 2004). Consistem

num enfaixamento de gaze que protege a pele, envolto de algodão macio ou espuma de alta densidade e 2-3 camadas de ligaduras pouco elásticas. A compressão ajuda a diminuir a quantidade de formação de fluido intersticial, impedindo o retorno do fluxo de linfa e a melhorar a contração muscular criando uma barreira contra a qual o músculo tem de trabalhar (Yasuhara, Shigematsu & Muto, 1996; Arrault & Vignes, 2007).

Existem peças de vestuário de compressão que atuam de um modo similar às ligaduras de compressão e com maior compressão na extremidade distal do membro em relação à extremidade proximal (Moseley *et al.*, 2006).

É essencial capacitar e motivar os doentes para a auto-aplicação da banda/ligadura. As técnicas utilizadas são adaptadas e simplificadas de acordo com a comodidade do paciente, uma vez que é esperado um tratamento a longo prazo. O seu uso com uma frequência de pelo menos três vezes por semana, à noite, associadas ao uso de compressão elástica durante o dia permite que, após o tratamento intensivo para linfedema secundário por cancro de mama, mantenha a redução volumétrica de linfedema 6 a 12 meses (Boris, Weindorf & Lasinski, 1997; Vignes, Porcher, Arrault & Dupuy, 2007).

Num estudo que inclui 83 mulheres com linfedema unilateral do membro superior ou inferior, de Badger, Peacock e Mortimer (2000) foram comparados o tratamento intensivo com ligaduras elásticas por 18 dias seguidos seguido de vestuário de compressão, com apenas o vestuário compressivo durante 24 semanas. A percentagem de redução do volume em excesso foi de 31% no primeiro grupo e de 15,8% no grupo apenas de compressão.

Num estudo com 120 pacientes com linfedema pós-mastectomia, em que usaram manga elástica compressiva 6 horas por dia durante 6 meses, foi verificado que o edema reduziu 14,7% de volume inicial (Bertelli, Venturini, Forno, Macchiavello & Dini, 1992).

#### 6.7.6. Terapia complexa descongestiva

A terapia complexa descongestiva (TCD) é um método que combina a drenagem linfática manual, bandas compressivas,



exercícios miolinfocinéticos, cuidados com a pele e precauções nas atividades quotidianas (Moseley *et al.*, 2006; Leal, Carrara, Vieira & Ferreira, 2009; Cheifetz & Haley, 2010). Tem como objetivo reduzir o volume de membros, restaurar a forma do membro e melhorar a pele e a condição do tecido (Clemens *et al.*, 2010).

Meirelles *et al.* (2006) avaliaram a efetividade da terapia complexa descongestiva do linfedema em mulheres submetidas a cirurgia por cancro de mama, por um período de até dois anos. Ao final da fase intensiva do tratamento, um grupo de 36 mulheres apresentou uma redução média de 30,5% entre os volumes dos membros sadio e edemaciado. Aos 24 meses, o grupo de 11 mulheres, que havia tido uma redução média de 38,4%, baixou para 24%, aumentando em média 6% entre a fase intensiva e o seguimento de dois anos.

Karadibak, Yavuzsen e Saydam (2008) estudaram 62 mulheres com linfedema após o tratamento de cancro de mama submetidas a um protocolo de terapia descongestionante complexo de 12 semanas, 3 vezes por semana. Foi recomendado um programa de casa, que consistiu em exercícios com bandas multicamadas, cuidados com a pele e caminhadas. Após a fisioterapia descongestiva, verificaram-se diminuições de 415ml no volume do linfedema e 25,8% no percentual de linfedema.

Ko, Lerner, Klose e Cosini (1998) estudaram 299 pacientes com linfedema das extremidades superiores e das inferiores tratadas com TCD durante uma média de 15,7 dias. A redução do linfedema rondou os 59,1% após terapia complexa descongestiva na extremidade superior e 67,7% após tratamento do membro inferior, que se manteve em 86% dos casos que seguiram as instruções em casa (cuidados de pele e uso da manga elástica).

Szuba, Cooke, Yousuf e Rockson (2000) analisaram 79 pacientes com linfedema, submetidas a TCD durante 8 dias, com instrução em técnicas de auto-gestão ao terceiro dia de tratamento do paciente. A redução média do volume em excesso foi de 44% nos membros superiores e 42% nos inferiores.

Vignes, Porcher, Champagne e Dupuy (2006) recrutaram 357 mulheres para realizarem TCD durante 12 dias. A redução média do excesso de volume absoluto foi de 404ml enquanto que a percentagem média de redução de volume foi de 23%,

independentemente do índice de massa corporal ou da duração do linfedema.

Boris, Weindorf, Lasinski e Boris (1994) relataram os resultados da mesma terapia em 38 pacientes (16 mulheres com linfedema secundário a cirurgia de mama, 18 pacientes com linfedema da extremidade inferior unilateral, e 4 indivíduos com linfedema de ambos os membros inferiores) durante 1 mês. Verificaram redução significativa de edema em média 73% entre os pacientes com doença de membro superior, e 88% entre aqueles com linfedema de membro inferior. Trinta pacientes foram seguidos por até 1 ano. Durante este período, a redução média do linfedema de 80% melhorou para 86%.

Casley-Smith e Casley-Smith (1997) usaram a técnica complexa descongestiva em 78 pacientes com linfedema pós-mastectomia (17 com grau 1 e 61 com grau 2). No primeiro ciclo de quatro semanas, a média da redução no grau 1 foi de 14%, e no grau 2 de 30%. Durante o ano seguinte, houve uma pequena, mas muito significativa diminuição do percentual de edema. Um outro curso de quatro semanas de TCD para tratar 128 membros inferiores linfedematosos (22 com grau 1, 84 com grau 2 e 19 com grau 3) resultou em perdas médias de 1100, 1300 e 3700 ml, respetivamente. Ao longo dos 11 meses seguintes constataram-se reduções significativas adicionais para todos os membros inferiores.

Hamner e Fleming (2007) estudaram a eficácia de um protocolo de TCD num total de 135 pacientes com linfedema após o tratamento de cancro de mama. O tratamento consistiu em 8 semanas com sessões bissemanais, que resultaram numa diminuição de 33% de volume do membro afetado, e de 13% de percentual de linfedema.

Na tentativa de reduzir o desenvolvimento de edema após mastectomia em 39 pacientes de cancro da mama, um número de técnicas de fisioterapia foram aplicadas em várias combinações de mais de 6 meses. As técnicas incluíram massagem, exercícios isométricos e uma manga elástica. Na primeira semana de tratamento diário foi registado um decréscimo de 11-13% do volume do edema, mas nas três semanas seguintes o benefício alcançado diminuiu acentuadamente. Para manter a redução no volume do membro edemaciado foi aplicada uma manga

elástica, que durante as quatro semanas em que foi usada, não houve aumento significativo do volume (Swedborg, 1980).

Um total de 208 mulheres com linfedema de membro superior ou inferior, derivado a cirurgia oncológica (n=200) ou a causa desconhecida (n=8) foram tratadas com a terapia complexa descongestiva e compressão pneumática intermitente. A resolução completa de linfedema do membro superior foi alcançada em 32 pacientes (17%). A redução média no linfedema foi de 43% em pacientes com edema mínimo, 33% naqueles com edema moderado e 19% em mulheres com edema grave. A resolução completa de linfedema primário do membro inferior foi obtida em quatro pacientes. A diminuição média da circunferência do membro afetado foi de 13%. A resolução completa do edema secundário do membro inferior foi obtida em quatro pacientes com uma redução média de circunferência de 23% (Wozniowski, Jasinski, Pilch & Dabrowska, 2001).

Bunce, Mirolo, Hennessy, Ward e Jones (1994) avaliaram o tratamento multimodal (massagem, compressão pneumática, banda multicamadas e educação) de linfedema pós-mastectomia, em vinte e cinco mulheres durante 4 semanas e com seguimento de 12 meses. O excesso de volume do membro diminuiu cerca de 40% imediatamente após o tratamento e por mais de 50% em 6 meses de seguimento, mantendo-se estável a 12 meses de seguimento.

#### **6.7.7. Compressão pneumática intermitente**

A compressão pneumática intermitente ou pressoterapia é uma técnica realizada por um aparelho que insufla uma manga que envolve o membro edemaciado. Estes aparelhos possuem uma compressão variável de 10 a 100 mmHg determinada pelo fisioterapeuta. É recomendado utilizar-se pressão de distal para proximal decrescente, sendo que as pressões exercidas não devem superar os 40 mmHg. Acima deste valor ocorre a compressão das vias venosas responsáveis pela drenagem do líquido excedente (Brenan & Miller, 1998; Camargo & Marx, 2000; Loudon & Petrek, 2000; Erickson, Pearson, Ganz, Adams & Kahn, 2001; Segers, Belgrado, Leduc, Leduc & Verdonck, 2002; Guirro & Guirro, 2002).

Szuba, Achalu e Rockson (2002) analisaram a adição de compressão pneumática intermitente à terapia complexa descongestiva em pacientes com linfedema associado a cancro da mama recém-tratado, verificando uma redução de 45% do volume versus 26% apenas com TCD.

O estudo de Zelikovski, Melamed, Koot, Manoach e Urca (1980) investigou a eficácia de 2 a 3 horas de pressoterapia, três vezes ao dia, durante 3 dias, em 25 mulheres com linfedema pós-mastectomia, verificando uma redução do edema entre 36 a 70% em 80% das pacientes.

Leduc, Leduc, Bourgeois e Belgrado (1998) estudaram a aplicação de drenagem linfática manual, o uso de ligaduras multicamadas, e o uso de compressão pneumática intermitente em 220 pacientes que se submeteram à cirurgia de mama, durante duas semanas. Na primeira semana, houve um decréscimo de 50% no percentual de excesso de volume do membro, enquanto que na segunda semana os resultados estabilizaram, ainda que houvesse um ligeiro decréscimo no final desse período.

Na tentativa de reduzir o edema do membro superior depois da mastectomia, foram fornecidas aos pacientes mangas elásticas usadas durante um período de entre uma semana a 6 meses. Houve um decréscimo significativo de 17% no volume de edema. O tratamento subsequente de compressão pneumática intermitente durante 10 dias produziu uma redução adicional média de 18%. Quando a manga foi usado por 6 meses após este tratamento não houve aumento significativo no volume do membro afetado (Swedborg, 1984).

#### **6.7.8. Estimulação elétrica**

A estimulação elétrica vem sendo utilizada na prática clínica como meio de redução do edema, pois produzindo a contração e o relaxamento muscular aumenta os fluxos venoso e linfático (Garcia & Guirro, 2005). Há, ainda, uma hipótese teórica de que o fluxo da corrente elétrica cria um campo elétrico potencial que pode induzir o sistema linfático a absorver fluidos excessivos (Leal, Carrara, Vieira & Ferreira, 2009).

Realizado com 15 voluntárias que apresentavam linfedema unilateral secundário à cirurgia para o cancro de mama, um estudo utilizou a estimulação de alta voltagem em 14 sessões de 20 minutos durante 4 semanas para o tratamento desta patologia. Garcia e Guirro (2005) verificaram que houve redução da perimetria em cerca de 2cm, da volumetria em 190ml e severidade do linfedema em 4,35%.

### 6.7.9. Laserterapia

O laser refere-se à produção de um feixe de radiação de luz, caracterizado pela monocromaticidade, coerência e colimação. É produzido pela emissão de grande número de fótons idênticos, a partir de material energizado apropriado. Após a sua emissão, a radiação pode ser refletida na superfície ou penetrar nos tecidos, dependendo do comprimento de onda, natureza da superfície do tecido e do ângulo de incidência (Guirro & Guirro, 2002). Dentro da fisioterapia, este recurso é utilizado com base nos seus efeitos anti-inflamatório, analgésico e regenerativo. Para o tratamento do linfedema, acredita-se que o laser pode estimular a linfangiogênese, a atividade das vias linfáticas, a motricidade linfática, o sistema imunitário e reduzir a fibrose (Carati, Anderson, Gannon & Piller, 2003).

O estudo de Carati *et al.* (2003) descreve os resultados do tratamento de pacientes com linfedema pós-mastectomia com terapia a laser de baixa intensidade. Os participantes receberam placebo ou um ciclo ou dois ciclos de laserterapia para a região axilar de seu braço afetado. Não houve melhoria significativa comunicada imediatamente depois de qualquer um dos tratamentos, no entanto, aproximadamente 31% dos indivíduos apresentaram uma redução clinicamente significativa no volume de seu membro afetado (200 ml) cerca de 2-3 meses após dois ciclos de tratamento. Não houve efeito significativo do tratamento com placebo, ou um ciclo de tratamento a laser, no volume do membro afetado.

O estudo de Piller e Thelander (1996) investigou 30 minutos de laser confocal, duas vezes por semana durante 6 semanas e depois uma vez por semana por um período de 4 semanas

(n = 10). Isto resultou numa redução de volume de 19,3% e melhorias progressivas nos sintomas subjetivos.

Omar, Ebid e Morsy (2011) analisaram cinquenta mulheres com linfedema secundário ao cancro de mama submetidas a laserterapia (n=25) ou a placebo (n=25) três vezes por semana durante 12 semanas. A redução total do perímetro do membro no grupo de laser foi maior do que no grupo de placebo em todas as sessões com a maior redução significativa observada às 8 semanas (20% contra 16,4%), e em 12 semanas (29% contra 21,8%), para o laser em comparação com o grupo placebo, respetivamente.

Dirican *et al.* (2010) incluíram dezassete mulheres com linfedema secundário a cancro da mama que já haviam experimentado pelo menos uma modalidade convencional de fisioterapia como terapia complexa descongestiva, drenagem linfática manual, e/ou pressoterapia. A terapia por laser foi adicionada ao tratamento realizado anteriormente, em dois ciclos. A diferença das circunferências diminuiu 54% e 73%, após o primeiro e segundo ciclos de laser, respetivamente.

### 6.8. NA DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE

Segundo Pimenta (2003), os pacientes em fase terminal têm a síndrome de desuso, pelo excesso de descanso e inatividade física, o que pode gerar ou agravar o estado da dor entre outras complicações. A síndrome do desuso é composta por fraqueza muscular (hipotrofia), descondicionamento cardiovascular, respiração superficial e alterações posturais.

A imobilização do sistema músculo-esquelético gera alterações em todos os tipos de tecidos envolvidos, nos músculos, nas fibras de colagénio, na junção miotendinosa, ligamentos e tecido conjuntivo. Os primeiros músculos a serem afetados pelo longo período de repouso são os antigravitacionais e de contração lenta, como o solear, extensores da coluna e da cabeça, em seguida são afetados os biarticulares, como os gémeos e o reto femoral, e os menos afetados são os de contração rápida (Marcucci, 2005).

Soderberg (1997) refere que as mudanças ocorrem em curto período de tempo, e após uma semana de desuso, já aparecem alterações teciduais, como aumento das cisternas do retículo sarcoplasmático, desalinhamento de sarcômeros e diminuição dos tecidos contráteis, resultando em fraqueza e hipotrofia. Além das alterações musculares, ocorre aumento da fibrose em tecidos periarticulares, diminuição da massa óssea, diminuição da síntese de líquido sinovial, desorganização das fibras de colagénio, diminuição da extensibilidade dos tecidos e aumento da área de contacto das fibras musculares com o colagénio do tendão, o que diminui a força gerada.

Especificamente para os casos de cancro, o desuso pode ser agravado tanto pela quimioterapia ou radioterapia quanto por metástases ósseas, gerando osteopenia e osteoporose. Além disso, o risco de ocorrer uma fratura secundária ao cancro deve ser considerado antes de qualquer intervenção terapêutica (Croarkin, 1999).

As fraturas patológicas ocorrem entre 8 a 30% em pacientes com metástases, sendo o fémur o osso mais atingido. A perda da capacidade de andar é frequente e o tratamento fisioterapêutico deve começar o mais cedo possível para aumentar a funcionalidade e readaptar o quotidiano do paciente, como por exemplo, o treino com a cadeira de rodas (Mercadante, 1997).

Exercícios com pesos leves ou moderados para os principais grupos musculares podem ser inseridos, considerando sempre o estadio em que o paciente se encontra. Estes exercícios têm a capacidade de aumentar o estímulo mecânico sobre a articulação o que aumenta a produção de líquido sinovial e aumenta a massa óssea. Os exercícios de alongamento também devem ser inseridos com o intuito de facilitar o retorno dos sarcômeros e fibras conjuntivas ao realinhamento funcional, melhorando a relação comprimento-tensão, segundo explica Soderberg (1997). Ahlskog (2011) refere que qualquer rotina que leve ao condicionamento físico é benéfica, não havendo nenhuma atividade específica indispensável.

Wiles, *et al.* (2001) estudaram a eficácia de um programa de fisioterapia em 40 pacientes com esclerose múltipla durante 8 semanas, com sessões bissemanais de 45 minutos, tanto a

nível institucional como no domicílio. Eles concluíram que os valores de ansiedade e depressão diminuíram em 0,7 a 1,3 pontos (numa escala de 0-21), e que a mobilidade aumentou em 19 a 21 pontos (numa escala de 0-100).

## BIBLIOGRAFIA

- Adler, E., Goldfinger, J., Kalman, J., Park, M., & Meier, D. (2009). Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*, 120, 2597-2606.
- Ahlskog, E. (2011). Does vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson disease? *Neurology*, 77, 288-294.
- Aires, E. (2009). Cuidados Paliativos em pacientes com HIV/AIDS. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 20-36). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Aksac, B., Aki, S., Karan, A., Yalcin, O., Isikoglu, M., & Eskiuyurt, N. (2003). Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 56 (1), 23-27.
- Alvarenga, M. (2012). A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos. In A. Barbosa, *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 81-109). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Álvarez, T. (2000). Tratamiento del dolor y el sufrimiento en los pacientes com síndrome de inmunodeficiência adquirida. *IATREIA* 13 (1), 32-39.
- Amado, J., & Duarte, R. (2001). *25 Perguntas frequentes em pneumologia*. Insuficiência Respiratória Aguda. Lisboa: Permanyer.
- Amaro, J., Agostinho, A., Trindade, J., Lautenschlager, M., & Gameiro, M. (1997). Eletroestimulação endovaginal e cinesioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 107 (6), 189-195.
- Anapaz, V. (2011). Qualidade de vida na Doença Hepática Crônica. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Andrade, B., Sera, C., & Yasukawa, S. (2009). Papel do fisioterapeuta na equipe de Cuidados Paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 230-233). Rio de Janeiro: Diagraphic.

- Andrade, E., Cerqueira, M., & Oliveira, R. (2010). Linfedema. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 417-438). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ang, N., Saraswathi, N., & Chan, H. (2003). Outcome study on the effectiveness of two different modified lymphoedema management protocols for post-mastectomy patients: a pilot study. *IV<sup>th</sup> Australian Lymphology Association Conference Proceedings*, 7-17.
- Arantes, A. (2008). Dor e câncer. In V. Carvalho, *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 287-293). São Paulo: Summus.
- Arantes, A. (2009). Indicações de Cuidados Paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 20-36). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Arrault, M., & Vignes, S. (2007). Prise en charge du lymphoedème du membre supérieur après traitement du cancer du sein. *Bull Cancer*, 94 (7-8), 669-674.
- Arruda, R. (2000). *Avaliação clínica e urodinâmica de mulheres com instabilidade vesical antes e após eletroestimulação funcional do assoalho pélvico*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Associação Alzheimer Portugal (2013). *A Doença de Alzheimer*. <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>. Acedido em 30.08.2013.
- Associação AVC (2009). Informação. <http://www.associacaoavc.pt/Informacao>. Acedido em 31.08.2013.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da APCP*. <http://www.apcp.com.pt/>. Acedido em 30.04.2013.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013). *O que são Cuidados Paliativos*. <http://www.apcp.com.pt/>. Acedido em 19.02.2013.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2014). *Equipas de Cuidados Paliativos*. <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>. Acedido em 10.03.2014.

- Associação Portuguesa de Doentes de Huntington (2013). *Guia da DH – Introdução*. <http://www.huntington-portugal.com/introducao>. Acedido em 30.08.2013.
- Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (2008). *Doença hepática crónica*. Lisboa: APEF.
- Avellanosa, A., West, C. (1982). Experience with transcutaneous electrical nerve stimulation for relief in intractable pain in cancer patients. *Journal of Medicine*, 13 (3), 203-213.
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª edição, pp.191-202). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Badger, C., Peacock, J., & Mortimer, P. (2000). A randomized, controlled, parallel-group clinical trial comparing multilayer bandaging followed by hosiery versus hosiery alone in the treatment of patients with lymphedema of the limb. *Cancer*, 88, 2832-2837.
- Baldwin, D., Hill, A., Peckham, D., & Knox, A. (1994). Effect of addition of exercise to chest physiotherapy on sputum expectoration and lung function in adults with cystic fibrosis. *Respiratory Medicine*, 88 (1), 49-53.
- Barbedo, J., & Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3).
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bartlett, L., Sloots, K., Nowak, M., & Ho, Y. (2011). Biofeedback therapy for faecal incontinence: a rural and regional perspective. *Rural and Remote Health*, 11, 1-13.
- Batiston, A., & Santiago, S. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12 (3), 30-35.
- Bello-Haas, V., Kloos, A., & Mitsumoto, H. (1998). Physical Therapy for a Patient Through Six Stages of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Physical Therapy* 78, 1312-1324.
- Bennett, M., Johnson, M., Brown, S., Radford, H., Brown, J., & Searle, R. (2010). Feasibility Study of Transcutaneous Electrical

- Nerve Stimulation (TENS) for Cancer Bone Pain. *The Journal of Pain*, 11 (4), 351-359.
- Berghmans, L., Frederiks, C., Bie, R., Weil, E., Smeets, L., Doorn, E., et al. (1996). Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 15, 37-52.
- Berglund, G., Bolund, C., Gustavsson, U., & Sjoden, P. (1993). Starting again: a comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncologica*, 32 (1), 15-21.
- Bernardo, A., Leal, F., & Barbosa, A. (2010). Depressão. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2<sup>a</sup> ed., pp. 313-328). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2<sup>a</sup> ed., pp., 761-783). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernas, M., Witte, C., & Witte, M. (2001). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. *Lymphology*, 34, 84-91.
- Bertelli, G., Venturini, M., Forno, G., Macchiavello, F., & Dini, D. (1992). An analysis of prognostic factors in response to conservative treatment of postmastectomy lymphedema. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 175, 455-460.
- Bo, K., Talseth, T., & Holme, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *British Medical Journal*, 318 (7182), 487-493.
- Bo, K., & Sherburn, M. (2007). Visual observation and palpation. In K. Bo, B. Berghmans, S. Morkved & M. Kampen, *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor* (pp. 50-55). Philadelphia: Elsevier.
- Bols, E., Berghmans, B., Hendriks, E., Bie, R., Melenhorst, J., Gemert, W., et al. (2007). A randomized physiotherapy trial in patients with fecal incontinence: design of the PhysioFIT-study. *BMC Public Health*, 7 (355), 1-10.
- Bonelli, R., Wenning, G., & Kapfhammer, H. (2004). Huntington's disease: present treatments and future therapeutic modalities. *International Clinical Psychopharmacology*, 19, 51-62.

- Boris, M., Weindorf, S., & Lasinski, B. (1994). Lymphedema reduction by noninvasive complex lymphedema therapy. *Oncology*, 8 (9), 95-106.
- Boris, M., Weindorf, S., & Lasinski, B. (1997). Persistence of lymphedema reduction after noninvasive complex lymphedema therapy. *Oncology*, 11, 99-109.
- Boursier, V., Vignes, S., & Priollet, P. (2004). Lymphoedèmes. *EMC-Médecine*, 1, 365-372.
- Box, R., Marnes, T., Robertson, V. (2004). Aquatic physiotherapy and breast cancer related lymphoedema. 5<sup>th</sup> *Australian Lymphology Association Conference Proceedings*, 47-49.
- Braak, H., & Braak, E. (2000). Pathoanatomy of Parkinson's disease. *Journal of Neurology*, 247 (2), 3-10.
- Brenan, M., & Miller, L. (1998). Overview of treatment options and review of the current role and use of compression, intermittent pumps and exercise in the management of lymphedema. *Cancer*, 83 (suppl 12B): 2821-2827.
- Brown, J., & Siegel, J. (1988). Exercise as a buffer of life stress: A prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7, 341-53.
- Bruera, E., & Yennurajalingam, S. (2012). Palliative Care in Advanced Cancer Patients: How and When? *The Oncologist* 17, 267-273.
- Brusse, M., & Rosser, A. (2007). Can directed activity improve mobility in Huntington's disease? *Brain Research Bulletin* 72, 172-174.
- Buga, S., & Sarria, J. (2012). The Management of Pain in Metastatic Bone Disease. *Cancer Control*, 19 (2), 154-166.
- Bunce, I., Mirolo, B., Hennessy, J., Ward, L., & Jones, L. (1994). Post-mastectomy lymphoedema treatment and measurement. *Medical Journal of Australia*, 161, 125-127.
- Burton, C., Payne, S., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2010). The palliative care needs of acute stroke patients: a prospective study of hospital admissions. *Age and Ageing*, 39, 554-559.
- Byrne, C., Solomon, M., Young, J., Rex, J., & Merlino, C. (2007). Biofeedback for Fecal Incontinence: Short-Term Outcomes of 513

- Consecutive Patients and Predictors of Successful Treatment. *Diseases of the Colon & Rectum*, 50 (4), 417-427.
- Camargo, M. & Marx, A. (2000). *Reabilitação Física no Câncer de Mama*. São Paulo: Roca.
- Capelas, M. (2008). Dor Total nos doentes com metastização óssea. *Cadernos de Saúde*, 1 (1), 9-24.
- Caraceni, A., Chemy, N., Fainsinger, R., Kaasa, S., Poulain, P., Radbruch, L., et al. (2002). Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23 (3), 239-255.
- Carati, C., Anderson, S., Gannon, B., & Piller, N. (2003). Treatment of postmastectomy lymphedema with low-level laser therapy. *Cancer*, 98 (6), 1114-1122.
- Carvalho, R. (2009). Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 104-116). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Casley-Smith, J., & Casley-Smith, J. (1997). *Modern Treatment for Lymphoedema* (5<sup>th</sup> ed.). Australia: Terrace Printing.
- Cassileth, B., & Vickers, A. (2004). Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (3), 244-249.
- Castro, R., Arruda, R., Zanetti, M., Santos, P., Sartori, M., & Girão, M. (2008). Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics*, 63 (4), 465-472.
- Centeno, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J., & Clark, D. (2013). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013*. [http://issuu.com/universidaddenavarra/docs/atlas\\_europa\\_full\\_edition](http://issuu.com/universidaddenavarra/docs/atlas_europa_full_edition). Acedido em 06.06.2013.
- Chang, P., Tsai, L., Huang, S., Wang, T., Hsieh, M., & Tsui, K. (1998). The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. *The Journal of Urology*, 160, 402-405.
- Chatte, G., Sab, J., Dubois, J., Sirodot, M., Gaussorgues, P., & Robert, D. (1997). Prone positioning in mechanically ventilated patients

- with severe acute respiratory failure. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 155, 473-478.
- Cheifetz, O., & Haley, L. (2010). Management of secondary lymphedema related to breast cancer. *Canadian Family Physician*, 56, 1277-1284.
- Chestnut, T. (2011). Fatigue in Stroke Rehabilitation Patients: A Pilot Study. *Physiotherapy Research International*, 16, 151-158.
- Chevallier, J. (1984). Autogenic Drainage. In D. Lawson, *Cystic Fibrosis Horizons* (p.235). Chichester: John Wiley.
- Chiarioni, G., Whitehead, W., Pezza, V., Morelli, A., & Bassotti, G. (2006). Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology*, 130, 657-664.
- Clark, D., & Wright, M. (2007). The International Observatory on End of Life Care: A global view of palliative care development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (5), 542-546.
- Clarkson-Smith, L., & Hartley, A. (1989). Relationships between physical exercise and cognitive abilities in older adults. *Psychology and Aging*, 4, 183-189.
- Clemens, K., Jaspers, B., Klaschik, E., & Nieland, P. (2010). Evaluation of the Clinical Effectiveness of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 40 (11), 1068-1072.
- Clemens, K., Quednau, I., & Klaschik, E. (2009). Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and nonhypoxic palliative care patients: A prospective study. *Support Care Cancer*, 17, 367-377.
- Clini, E., Crisafulli, E., Antoni, F., Beneventi, C., Trianni, L., Costi, S., et al. (2011). Functional recovery following physical training in tracheotomized and chronically ventilated patients. *Respiratory Care*, 56, 306-313.
- Cobbe, S., & Kennedy, N. (2012). Physical Function in Hospice Patients and Physiotherapy Interventions: A Profile of Hospice Physiotherapy. *Journal of Palliative Medicine Volume 15* (7), 760-767.



## 110 Bibliografia

- Coffey, S., Wilder, E., Majsak, M., Stolove, R., & Quinn, L. (2002). The Effects of a Progressive Exercise Program with Surface Electromyographic Biofeedback on an Adult With Fecal Incontinence. *Physical Therapy* 82, 798-811.
- Coote, S., Garrett, M., Hogan, N., Larkin, A., & Saunders, J. (2009). Getting the Balance Right: A randomised controlled trial of physiotherapy and Exercise Interventions for ambulatory people with multiple sclerosis. *BMC Neurology* 9 (34), 1-8.
- Costa, A., & Santos, F. (2012). Abordagem da fisioterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço: revisão da literatura. *Femina*, 40 (2), 106-108.
- Costa, M., & Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência* 7, 63-72.
- Courneya, K. (2001). Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 29 (2), 60-64.
- Croarkin, E. (1999). Osteopenia in the patient with cancer. *Physical Therapy*, 79 (2), 196-201.
- Davison, S., Jhangri, G., Holley, J., & Moss, A. (2006). Nephrologists' Reported Preparedness for End-of-Life Decision-Making. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 1256-1262.
- Decreto-lei nº 564/99, de 21 de dezembro. Diário da República n.º 295 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Delisa, J. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Prática*. (3ª ed.). São Paulo: Manole.
- Diniz, C. (2006). *Estudo do limite de estabilidade em indivíduos com Doença de Parkinson*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dirican, A., Andacoglu, O., Johnson, R., McGuire, K., Mager, L., & Soran, A. (2010). The short-term effects of low-level laser therapy in the management of breast-cancer-related lymphedema. *Support Care Cancer*, 19, 685-690.
- Donnelly, C., Lowe-Strong, A., Rankin, J., Campbell, A., Allen, J., & Gracey, J. (2010). Physiotherapy management of cancer-related fatigue: a survey of UK current practice. *Support Care Cancer* 18, 817-825.
- Downs, A. (1996). Clinical Application of Airway Clearance Techniques. In D. Frownfelter & E. Dean, *Principles and Practice of Cardiopulmonary Physical Therapy* (3<sup>th</sup> ed., pp. 339-366). Missouri: Mosby.
- Duarte, M. (2011). Cuidados Paliativos no AVC em fase aguda. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dubois, F. (2004). *Comparison between applying manual lymphatic drainage only, applying sequential pressotherapy by lymphapress itself, and the combination of using both applications*. Bruxelas: Centre d'Etude et de Recherche pour le Traitement des OEdemes.
- Dumoulin, C., & Morin, M. (2007). Pelvic floor dynamometry. In K. Bo, B. Bergghmans, S. Morkved & M. Kampen, *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor* (pp. 76-81). Philadelphia: Elsevier.
- Eadie, J., Water, A., Lonsdale, C., Tully, M., Mechelen, W., Boreham, C., et al. (2013). Physiotherapy for Sleep Disturbance in People With Chronic Low Back Pain: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99 (11), 2083-2092.
- Emery, C., Schein, R., Hauck, E., & MacIntyre, N. (1998). Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 17 (3), 232-240.
- Engel, A., & Kamm, M. (1994). The acute effect of straining on pelvic floor neurological function. *International Journal of Colorectal Disease*, 9, 8-12.
- Erickson, V., Pearson, M., Ganz, P., Adams, J., & Kahn, K. (2001). Arm edema in breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 93 (2), 96-111.
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: a systematic review of randomised clinical trials. *Support Care Cancer*, 17 (4), 333-337.

- Estrada-Veras, J., & Groninger, H. (2013). Palliative Care for Patients with Cystic Fibrosis #265. *Journal of Palliative Medicine* 16 (4), 446-447.
- Fahrer, H. (1991). Analgesic low-frequency electrotherapy. In S. Schlapbach & N. Gerber, *Physiotherapy: controlled trials and facts* (vol. 14, pp-148-160). Basel: Kargers.
- Ferrandez, J., Laroche, J., Serin, D., Felix-Faure, C., & Vinot, J. (1996). Lymphoscintigraphic aspects of manual lymphatic drainage. *Journal des Maladies Vasculaires*, 21, 283-289.
- Ferreira, A., & Lauretti, G. (2007). Massoterapia como Técnica Adjuvante no Controlo da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Prática Hospitalar*, 53.
- Ferrel, B., & Coyle N. (2001). *Textbook of palliative nursing*. (1<sup>st</sup> ed.) New York: Oxford University Press.
- Fischer, J. (2006). Palliating symptoms other than pain. *Australian Family Physician*, 35 (10), 766-770.
- Florentino, D., Sousa, F., Maiworn, A., Carvalho, A., & Silva, K. (2012). A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11, 50-57.
- Franks M., & Teich, N. (1990). *Introdução à biologia celular e molecular do câncer*. São Paulo: Roca.
- Franzeck, U., Speigel, I., Fischer, M., Bortzler, C., Stahel, H., & Bollinger, A. (1997). Combined physical therapy for lymphoedema evaluated by fluorescence microlymphography and lymph capillary pressure measurements. *Journal of Vascular Research*, 34, 306-311.
- Galbraith, S., Fagan, P., Perkins, P., Lynch, A., & Booth, S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 831-838.
- Garcia, L., Guirro, E. (2005). Efeitos da Estimulação de Alta Voltagem no Linfedema Pós-mastectomia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9 (2), 243-248.
- Garcia, L., Guirro, E., & Montebello, M. (2007). Efeitos da estimulação elétrica de alta voltagem no linfedema pós-mas-

- tectomia bilateral: estudo de caso. *Fisioterapia e Pesquisa*, 14 (1), 67-71.
- Gastaldi, A., Kondo, C., Leme, F., Guimarães, F., Junior, G., Lucato, J., et al. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33 (2), 142-150.
- Gattinoni, L., Tognoni, G., Pesenti, A., Taccone, P., Mascheroni, D., Labarta, V., et al. (2001). Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. *The New England Journal of Medicine*, 345, 568-573.
- Gillespie, D., & Rehder, K. (1987). Body position and ventilation-perfusion relationships in unilateral pulmonary disease. *Chest*, 91, 75-79.
- Glavind, K., Nøhr, S., & Walter, S. (1996). Biofeedback and physiotherapy versus physiotherapy alone in the treatment of genuine stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 7, 339-343.
- Glazener, C., Boachie, C., Buckley, B., Cochran, C., Dorey, D., Grant, A., et al. (2011). Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Health Technology Assessment*, 15 (24), 1-5.
- Godoy, J., & Godoy, M. (2004). Drenagem linfática manual: novo conceito. *Jornal Vascular Brasileiro*, 3 (1), 77-80.
- Gomide, L., Matheus, J., & Reis, F. (2007). Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. *International Journal of Clinical Practice*, 61 (6), 972-982.
- Gonçalves, J. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Coisas de ler.
- Graner, K., Junior, A., & Rolim, G. (2010). Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 345-355.
- Grotberg, J. (2001). Respiratory fluid mechanics and transport processes. *Annual Review of Biomedical Engineering*, 3, 421-457.
- Guarda, H. (2012). Avaliação da dor na pessoa idosa não comunicante: tradução e adaptação cultural e linguística da escala de dor Doloplus 2. In A. Barbosa, *Investigação Quantitativa em*

- Cuidados Paliativos* (pp. 75-86). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guccione, A. (2004). Avaliação Funcional. In S. O'Sullivan & T. Schmitz, *Fisioterapia – Avaliação e Tratamento* (pp.309-332). São Paulo: Manole.
- Guerra, I., Bettencourt, C., Martins, C., Higgs, I., Monteiro, A., Moura, C., et al. (2009). *Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos Cuidados Continuados*. São Domingos de Rana: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Guglielminotti, J., Alzieu, M., Maury, E., Guidet, B., & Offenstadt, G. (2000). Bedside detection of retained tracheobronchial secretions in patients receiving mechanical ventilation: is it time for tracheal suctioning? *Chest*, 118 (4), 1095-1099.
- Guimarães, R. (2009). Ansiedade e depressão em Cuidados Paliativos: como tratar. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 144-153). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Guirro, E., & Guirro, R. (2002). *Fisioterapia Dermato-funcional: fundamentos, recursos, patologias*. São Paulo: Manole.
- Guru, K., Manoor, U., & Supe, S. (2012). A Comprehensive Review of Head and Neck Cancer Rehabilitation: Physical Therapy Perspectives. *Indian Journal of Palliative Care*, 18 (2), 87-97.
- Hamner, J., & Fleming, M. (2007). Lymphedema therapy reduces the volume of edema and pain in patients with breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14 (6), 1904-1908.
- Hamza, M., White, P., Ahmed, H., & Ghoname, E. (1999). Effect of the frequency do transcutaneous eletrical nerve stimulation on the postoperative opioid analgesic requirement and recovery profile. *Anesthesiology*, 91 (5), 1232-1238.
- Harrington, K., & Haskvitz, E. (2006). Managing a Patient's Constipation with Physical Therapy. *Physical Therapy*, 86 (11), 1511-1519.
- Harris, S., Hugi, M., Olivotto, I., & Levine, M. (2001). Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema. *CMAJ*, 164(2),191-199.

- Hasani, A., Pavia, D., Agnew, J., & Clark, S. (1994). Regional mucus transport following unproductive cough and FET in patients with airways obstruction. *Chest*, 105, 1420-1425.
- Hatanaka, V. (2009). Obstipação e Diarreia. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Hayes, S., Johansson, K., Stout, N., Prosnitz, R., Armer, J., Gabram, S., et al. (2012). Upper-Body Morbidity After Breast Cancer - Incidence and Evidence for Evaluation, Prevention, and Management Within a Prospective Surveillance Model of Care. *Cancer*, 15, 2237-2249.
- Headley, B. (2004). Dor crónica. In S. O'Sullivan & T. Schmitz, *Fisioterapia – Avaliação e Tratamento* (pp.925-960). São Paulo: Manole.
- Herderschee, R., Hay-Smith, E., Herbison, G., Roovers, J., & Heine-man, M. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Herr, K., & Mobily, P. (1992). Interventions related to pain. *Nursing Clinics of North America*, 27 (2), 347-356.
- Herrmann, V., Potrick, B., Palma, P., Zanettini, C., Marques, A., & Júnior, N. (2003). Eletroestimulação transvaginal do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária de esforço: avaliações clínica e ultra-sonográfica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (4), 401-405.
- Honório, G., Parucker, N., Virtuoso, J., Krüger, A., Tonon, S., & Ferreira, R. (2009). Análise da qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária antes e após tratamento fisioterapêutico. *Arquivos Cararinentes de Medicina*, 38 (4), 43-49.
- Huang, T., Tseng, S., Lin, C., Bai, C., Chen, C., Hung, C., et al. (2013). Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World Journal of Surgical Oncology*, 11 (15).
- Hupcey, J., Penroad, J., & Fogg, J. (2009). Heart Failure and Palliative Care: Implications in Praticce. *Journal od Palliative Care*, 12 (6), 531-536.

- Hurley, D., Eadie, J., O'Donoghue, G., Kelly, C., Lonsdale, C., Guerin, S., *et al.* (2010). Physiotherapy for sleep disturbance in chronic low back pain: a feasibility randomized controlled trial. *Musculoskeletal Disorders*, 11 (70), 1-11.
- Hutzschenreuter, P., Brümmer, H., & Ebberfeld, K. (1989). Experimental and clinical studies of the mechanisms of effect of manual lymph drainage therapy. *Journal of Lymphology*, 3, 62-64.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2011). *Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, documento n.º 142.
- Ishizuka, P. (2007). Avaliação da S(+) Cetamina por Via Oral Associada à Morfina no Tratamento da Dor Oncológica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (1).
- Jane, S., Wilkie, D., Gallucci, B., Beaton, R., & Huang, H. (2009). Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 754-763.
- Johansson, K. (2005). Is physiotherapy useful to the breast cancer patient? *Acta Oncológica*, 44 (5), 423-424.
- Johansson, K., Lie, E., Ekdahl, C., & Lindfeldt, J. (1998). A randomized study comparing manual lymph drainage with sequential pneumatic compression for treatment of postoperative arm lymphedema. *Lymphology*, 31, 56-64.
- Jolliet, P., Bulpa, P., & Chevrolet, J. (1998). Effects of the prone position on gas exchange and hemodynamics in severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*, 26, 1539-1544.
- Junior, G. (2011). The effect of multidisciplinary team care on cancer management. The effect of multidisciplinary team care on cancer management. *Pan African Medical Journal*, 9 (20), 1-5.
- Junior, W., Muss, H., & Mayer, D. (2011). Symptom Management in Metastatic Breast Cancer. *The Oncologist* 16, 1203-1214.
- Kakahara, C. (2003). Cinesioterapia na redução da incontinência urinária de pacientes pós-prostatectomizados. *Fisioterapia Brasil*, 4 (4), 265-270.

- Kampen, M., Weerd, W., Poppel, H., Ridder, D., Feys, H., & Baert, L. (2000). Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Lancet*, 355 (9198), 98-102.
- Kantarci, O., & Weinshenker, B. (2005). Natural history of multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 231, 17-38.
- Karadibak, D., Yavuzsen, T., & Saydam, S. (2008) Prospective Trial of Intensive Decongestive Physiotherapy for Upper Extremity Lymphedema. *Journal of Surgical Oncology*, 97, 572-577.
- Katz, W. (1998). The needs of a patient in pain. *American Journal of Medicine*, 105 (1B), 2-7.
- Kazanowsky, M., & Lacetti, M. (2005). *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Keenleyside, G., & Vora, V. (2006). Cough. *Indian Journal of Palliative Care*, 12, 51-55.
- Khadilkar A., Milne S., Brosseau L., Wells, G., Tugwell, P., Robinson, V., *et al.* (2005). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for the Treatment of Chronic Low Back Pain. *Cochrane Database Systematic Review*, 30, 2657-2666.
- Khadilkar, A., Odebiyi, D., Brosseau, L., & Wells, G. (2008). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Kisner, C., & Colby, L. (2005). *Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas*. São Paulo: Manole.
- Kitchen, S., & Bazin, S. (2003). *Eletroterapia: prática baseada em evidências* (11ª ed.). São Paulo: Manole.
- Kligman, L., Wong, R., Johnston, M., & Laetsch, N. (2004). The treatment of lymphedema related to breast cancer: a systematic review and evidence summary. *Support Care Cancer*, 12, 421-431.
- Knorst, M., Cavazzotto, K., Henrique, M., & Resende, T. (2012). Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16 (2), 102-107.

- Ko, D., Lerner, R., Klose, G., & Cosimi, A. (1998). Effective treatment of lymphedema of the extremities. *Archives of Surgery*, 133, 452-458.
- Korpon, M., Vacariu, G., Schneider, B., Moser, V. (2003). Effects of compression therapy in patients with lymphedema after breast cancer surgery. *Annual Congresses of the American College of Phlebology*.
- Kowalski, L., Anelli, A., Salvajoli, J. & Lopes, L. (2002). *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. São Paulo: Âmbito.
- Kramer, A., & Erickson, K. (2007). Capitalizing on cortical plasticity: influence of physical activity on cognition and brain function. *Trends in Cognitive Sciences*, 11 (8), 342-348.
- Kumar, S., & Jim, A. (2010). Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian Journal of Palliative Care*, 16 (3), 138-146.
- Kumar, S., Prasad, K., Kumar, V., Shenoy, K., & Sisodia, V. (2013). Mechanism based Classification and Physical Therapy Management of Persons with Cancer Pain: A Prospective Case Series. *Indian Journal of Palliative Care*, 19 (1), 27-33.
- Kutner, J., Smith, M., Corbin, L., Hemphill, L., Benton, K., Mellis, B., et al. (2008). Massage Therapy vs. Simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Annal of Internal Medicine*, 149 (6), 369-379.
- Lacomba, M., Sanchez, M. Goñi, A., Merino, D., Moral, O., Téllez, E., et al. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *British Medical Journal*, 340, 1-8.
- Lämås, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engström, B., & Jacobsen, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 759-767.
- Larkin, P., Sykes, N., Centeno, C., Elsner, F., Gootjes, J., Noguera, A., et al. (2008). The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine*, 22, 796-807.

- Lau, P., Fung, B., Meng, W., Leung, R., Yip, A., So, S., et al. (2006). Efficacy of multidisciplinary approach in treatment of constipation: a pilot study. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 415-418.
- Lawrence, D., Kupelnick, B., Miller, K., Devine, D., & Lau, J. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 40-50.
- Leal, N., Carrara, H., Vieira, K., & Ferreira, C. (2009). Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17 (5).
- Leão, E., Pena, C., Araújo, S., & Gomes, M. (2011). Physical therapy combined with a laxative fruit drink for treatment of chagasic megacolon. *Arquivos de Gastroenterologia*, 48 (1), 52-57.
- Leduc, O., Bourgeois, P., & Leduc, A. (1988). Progress in Lymphology. In H. Partsch, *Manual lymphatic drainage scintigraphic demonstration of its efficacy on colloidal protein reabsorption* (pp. 551-554). Oxford: Elsevier Science Publishers.
- Leduc, O., Leduc, A., Bourgeois, P., & Belgrado, J. (1998). The physical treatment of upper limb edema. *Cancer*, 83 (12), 2835-2839.
- Lee, M., Yang, G., & Eason, A. (1990). Physical therapy and rehabilitation medicine. In J. Bonica, J. Loeser, C. Chapman, & W. Fordyce, *The management of pain* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 1769-1788). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Lehmann, J., & DeLateur, B. (1994). Ultrasound shortwave, microwave, laser, superficial heat, and cold in the treatment of pain. In P. Wall & R. Melzack, *Textbook of Pain* (p. 1237). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Lei nº 52/2012 de 5 de setembro. Diário da República nº172 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Leung, L., Riutta, T., Kotecha, J., & Rosser, W. (2011). Chronic Constipation: An Evidence-Based Review. *JABFM*, 24 (4), 436-451.
- Lima, M., Soares, B., & Bacaltchuk, J. (2000). Psiquiatria baseada em evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 142-146.

- Lisboa, C., Motta, F., Lucena, F., & Cazeiro, H. (2001). *Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle de Sintomas*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.
- Lin, Y., & Pan, P. (2012). The use of rehabilitation among patients with breast cancer: a retrospective longitudinal cohort study. *BioMed Central Health Services Research*, 12.
- Liu, Y., Zhang, P., Na, J., Ma, C., Huo, W., Han, L., et al. (2013). Prevalence, Intensity, and Prognostic Significance of Common Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine* 16 (7), 752-757.
- Llontop, C., Prados, C., & Navarro, I. (2010). Insuficiencia respiratoria crónica. *Medicine* 10 (63), 4339-4344.
- Loeser, J. (2012). *IASP taxonomy*. International Association for the Study of Pain <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>. Acedido em 27.07.2013.
- Loeser, J., Black, R., & Christman, A. (1975). Relief of pain by transcutaneous stimulation. *Journal of Neurosurgery*, 42 (3), 308-314.
- Lokk, J., & Delbari, A. (2012). Clinical aspects of palliative care in advanced Parkinson's disease. *BMC Palliative Care* 11 (20), 1-8.
- Loscalzo, M. (1996). Psychological approaches to the management of pain in patients with advanced cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 10, 139.
- Loudon, L., & Petrek, J. (2000). Lymphedema in Women Treated for Breast Cancer. *Cancer Practice*, 8 (2), 65-71.
- Lox, C., & Freehill, A. (1999). Impact of pulmonary rehabilitation on self-efficacy, quality of life and exercise tolerance. *Rehabilitation Psychology*, 44, 208-221.
- Machado, P. (2012). *Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagens e sua efetividade*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Maciel, M. (2009). Avaliação do paciente sob cuidados paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 37-45). Rio de Janeiro: Diagraphic.

- Maganto, V., Herrero, C., Torrent, J., Tejerina, A., & Barón, M. (2006). *Guía de Práctica Clínica de Cuidados Continuos*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Mannheimer, J., & Lampe, G. (1984). Electrode placement technique. In J. Mannheimer, & G. Lampe, *Clinical transcutaneous electrical nerve stimulation*, pp. 331-495. Philadelphia: FA Davis.
- Manuila, L., Manuila, A., & Manuila, M. (1997). *Dicionário Médico Andrei*. São Paulo: Andrei.
- Marcucci, F. (2005). O papel da Fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (1), 67-77.
- Marques, A., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I., Capelas, M., Tavares, M., et al. (2009, Outubro). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 32-38.
- Martínez-Sellés, M., Vidán, M., López-Palop, R., Rexach, L., Sánchez, E., Datino, T., et al. (2009). El anciano com cardiopatía terminal. *Revista Española de Cardiología*, 62 (4), 409-421.
- Massery, M., & Frownfelter, D. (1996). Facilitating airway clearance with coughing techniques. In D. Frownfelter & E. Dean, *Principles and Practice of Cardiopulmonary Physical Therapy* (3<sup>th</sup> ed., pp. 367-382). Missouri: Mosby.
- Mayer, D. (1985). Non-pharmacologic management of pain in the person with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 325-330.
- McCallin, M., Johnston, J., & Bassett, S. (2005). How effective are physiotherapy techniques to treat established secondary lymphoedema following surgery for cancer? A critical analysis of the literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 33 (3), 101-112.
- McCann, I., & Holmes, D. (1988). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1142-1147.
- McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal* 33, 1787-1847.

- McNamara, B., Rosenwax, L., & Holman, C. (2006). A Method for defining and estimating the palliative care population. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32 (1), 5-12.
- McNeely, M., Magee, D., Lees, A., Bagnall, K., Haykowski, M., & Hanson, J. (2004). The addition of manual lymphatic drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema: A randomized controlled trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 86 (2), 96-105.
- McNeil, J., LeBlanc, E., & Joyner, M. (1991). The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. *Psychology and Aging*, 6, 487-488.
- McQuay, H., Moore, R., Eccleston, C., Morley, S., & Williams, A. (1997). Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technology Assessment*, 1 (6), 1-135.
- Médicos de Portugal (2013). Doença Renal Crónica: Um em cada 10 portugueses sofre de doença renal crónica. Rodrigues, C. [http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas\\_urologicas/doenca\\_renal\\_cronica\\_um\\_em\\_cada\\_10\\_portugueses\\_sofre\\_de\\_doenca\\_renal\\_cronica](http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas_urologicas/doenca_renal_cronica_um_em_cada_10_portugueses_sofre_de_doenca_renal_cronica). Acedido em 01.09.2013.
- Meirelles, M., Mamede, M., Souza, L., & Panobianco, M. (2006). Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (4), 393-399.
- Mercadante, S. (1997). Malignant bone pain: pathophysiology and treatment. *Pain*, 69 (1), 1-18.
- Merlin, J., Tucker, R., & Saag, M. (2013). The Role of Palliative Care in the Current HIV Treatment Era in Developed Countries. *Topics in Antiviral Medicine*, 21 (1), 20-26.
- Meyler, W., Jongste, M., & Rolf, C. (1994). Clinical evaluation of pain treatment with electrostimulation: a study on TENS in patients with different pain syndromes. *Clinical Journal of Pain*, 10 (1), 22-27.
- Michlovitz, S. (1996). *Thermal agents in rehabilitation* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 30-57). Philadelphia: FA Davis.
- Miller, S., Hall, D., Clayton, C., & Nelson, R. (1995). Chest physiotherapy in cystic fibrosis: A comparative study of autogenic

- drainage (AD) and active cycle of breathing technique in postural drainage. *Thorax*, 50 (2), 165-169.
- Minson, F., Garcia, J., Júnior, J., Siqueira, J., & Júnior, L. (2011). *II Consenso Nacional de Dor oncológica*. São Paulo: Editora Gráfica Bernardi.
- Miyasaki, J., Martin, W., Suchowersky, O., Weiner, W., & Lang, A. (2002). Practice parameter: initiation of treatment for Parkinson's disease: an evidence-based review. *Neurology*, 58 (1), 11-17.
- Mock, V. (2004). Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 112-118.
- Moore, K., Griffiths, D., & Hughton, A. (1999). Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvic muscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU International*, 83 (1), 57-65.
- Moseley, A., Piller, N., & Carati, C. (2005). The effect of gentle arm exercise and deep breathing on secondary arm lymphoedema. *Lymphology*, 38 (3), 136-145.
- Moseley, A., Carati, C., & Piller, N. (2006). A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Annals of Oncology*, 18, 639-646.
- Mure, M., Martling, C., & Lindahl, S. (1997). Dramatic effect on oxygenation in patients with severe acute lung insufficiency treated in the prone position. *Critical Care Medicine*, 25, 1539-1544.
- Murray, S. (2008). Making a difference - Palliative care beyond cancer. *British Medical Journal*, 336.
- Nascimento, H. (2010). Astenia. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2<sup>a</sup> ed., pp. 213-228). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2006). *Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*. London: Royal College of Physicians.

- Neto, I. (2010). Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 17 (6), 278-281.
- Nowobilski, R., Włoch, T., Płaszewski, M., & Szczeklik, A. (2010). Efficacy of physical therapy methods in airway clearance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 120 (11), 468-478.
- O'Connell, C., & Stokes, E. (2007). Fatigue – Concepts for physiotherapy management and measurement. *Physical Therapy Reviews*, 12, 314-323.
- Oldenburg, F., Dolovich, M., Montgomery, J., & Newhouse, M. (1979). Effects of postural drainage, exercise, and cough on mucus clearance in chronic bronchitis. *American Review of Respiratory Disease*, 120 (4), 739-745.
- Oldervoll, L., Loge, J., Paltiel, H., Asp, M., Vidvei, U., Wiken, A., et al. (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 421-430.
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Médica Portuguesa* 25 (5), 263-264.
- Oliver, D., Borasio, G. (2004). Palliative care for patients with MND/ALS. *European Journal of Palliative Care*, 11 (5), 185-187.
- Omar, M., Morsy, A., & Ebid, A. (2011). Treatment of Post-Mastectomy Lymphedema with Laser Therapy: Double Blind Placebo Control Randomized Study. *Journal of Surgical Research*, 165, 82-90.
- Osório, R. (1991). *Estimulação elétrica nervosa transcutânea no alívio das dores em pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Ostrowski, M. (1979). Pain control in advanced malignant disease using transcutaneous nerve stimulation. *British Journal of Clinical Practice*, 33 (6), 157-162.
- Pacheco, Á., Matos, L., & Madureira, M. (2010). Obstipação. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 161-170). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Pages, I., Jahr, S., Schaufele, M., & Conradi, E. (2001). Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for treatment of urinary stress incontinence in women. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 494-502.
- Palma, M. & Salazar, H. (2010). Sono. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 345-366). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Paltamaa, J., Sjögren, T., Peurala, S., & Heinonen, A. (2012). Effects of physiotherapy interventions on balance in multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44, 811-823.
- Pena, R., Barbosa, L., & Ishikowa, N. (2008). Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo (TENS) na Dor Oncológica – uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (2), 193-199.
- Petros, P., & Skilling, P. (2001). Pelvic floor rehabilitation in the female according to the integral theory of female urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 94, 264-269.
- Piller, N., & Thelander, A. (1996). Low level laser therapy: a cost effective treatment to reduce post mastectomy lymphoedema. *Lymphology*, 29 (suppl 1), 297-300.
- Pimenta, C. (2003). Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. *Mundo Saúde*, 27 (1), 98-110.
- Pimenta, C., & Ferreira, K. (2006). In C. Pimenta, D. Mota, D. Cruz, *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo: Editora Manole.
- Pontes, C., & Kurashima, A. (2009). Criança com câncer: revisão de literatura sobre sinais e sintomas presentes na fase de cuidados paliativos. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos*, 9 (1), 27-31.
- Porchet, F. (2006). Interdisciplinarity: is it a trend or a necessity? *European Journal of Palliative Care*, 13 (5).
- Portenoy, R., & Itri, L. (1999). Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist*, 4, 1-10.



- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine* 17, 310-314.
- Pozza, A., Delamura, M., Ramirez, C., Valério, N., Marino, L., & Lamari, N. (2006). Physiotherapeutic conduct in amyotrophic lateral sclerosis. *Sao Paulo Medical Journal*, 124 (6), 350-354.
- Pryor, J., Webber, B., Hodson, M., & Batten, J. (1979). Evaluation of the forced expiration technique as an adjunct to postural drainage in treatment of cystic fibrosis. *British Medical Journal*, 2 (6187), 417-418.
- Pryor, J., Webber, B., Hodson, M., & Warner, J. (1994). The Flutter VRP1 as an adjunct to chest physiotherapy in cystic fibrosis. *Respiratory Medicine*, 88, 677-681.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2008). Standards and norms for hospice and palliative care in Europe – the eapc white paper. European Association for Palliative Care. [http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=uW\\_JGKKv pZI%3d&tabid=167](http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=uW_JGKKv pZI%3d&tabid=167) Acedido em 08.06.2013.
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, J., Løge, J., Kaasa, S., et al. (2008). Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 22, 13-32.
- Rao, S. (2009). Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 19, 117-139.
- Rao, S., Valestin, J., Brown, C., Zimmerman, B., & Schulze, K. (2010). Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*, 105, 890-896.
- Rasova, K., Feys, P., Henze, T., Tongeren, H., Cattaneo, D., Jonsdottir, J., et al. (2010). Emerging evidence-based physical rehabilitation for Multiple Sclerosis - Towards an inventory of current content across Europe. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (76), 1-6.

- Redondo, G. (2012). *Relatório de Prática Clínica: Controlo de sintomas – dor*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.
- Reeve, J., Menon, D., & Corabian, P. (1996). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS): a technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 12 (2), 299-324.
- Reis, B. (2013, Abril 11). Insuficiência cardíaca afecta 250 mil no País. *Correio da Manhã*.
- Rett, M., Mesquita, P., Mendonça, A., Moura, D., & DeSantana, J. (2012). A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Revista Dor*, 13 (3), 201-207.
- Rhiner, M., Ferrell, B., Ferrell, B., & Grant, M. (1993). A structured nondrug intervention program for cancer pain. *Cancer Practice*, 1, 137.
- Riesenberg, H., & Lubbe, A. (2010). In-patient rehabilitation of lung cancer patients - a prospective study. *Support Care Cancer*, 18, 877-882.
- Rijo, S. (2011). *Competência em cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Rooney, S., Jain, S., Goldiner, P. (1983). Effect of transcutaneous nerve stimulation on postoperative pain after thoracotomy. *Anesthesia & Analgesia*, 62 (11), 1010-1012.
- Rous, M., Betoret, J., & Aldás, L. (2008). Rehabilitación respiratoria y fisioterapia respiratoria. Un buen momento para su impulso. *Archivos de Bronconeumología*, 44 (1), 35-40.
- Rozman, C. (1999). *Compêndio de Medicina Interna*. São Paulo: Manole.
- Sampaio, L., Moura, C., & Resende, M. (2005). Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (4), 339-346.
- Sancho, M., & Martín, M. (2009). *Cuidados paliativos – Control de síntomas*. Las Palmas de Gran Canaria: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin.

- Santos, M. (2008). *Dor no doente oncológico em fase terminal – análise de uma experiência de cuidar*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Santos, P., Oliveira, E., Zanetti, M., Arruda, R., Sartori, M., Girão, M., et al. (2009). Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento de incontinência urinária de esforço. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31 (9), 448-452.
- Sanz, R., & Almazán, C. (2008). Aproximación a los Cuidados Paliativos en las enfermedades avanzadas no malignas. *Anales de Medicina Interna*, 25 (4), 187-191.
- Savci, S., Ince, D., & Arikan, H. (2000). A comparison of autogenic drainage and the active cycle of breathing techniques in patients with chronic obstructive pulmonary diseases. *Journal of Cardio-pulmonar Rehabilitation and Prevention*, 20 (1), 37-43.
- Schaeffer, P. (2012). *Caracterização dos Cuidados Paliativos em Pacientes com Fibrose Cística: uma revisão integrativa*. Dissertação de licenciatura não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Portalegre, Brasil.
- Schmitz, K., Holtzman, J., Courneya, K., Masse, L., Duval, S., & Kane, R. (2005). Controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14, 1588-1595.
- Schweickert, W., Pohlman, M., Pohlman, A., Nigos, C., Pawlik, A., Esbrook, C., et al. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet*, 373, 1874-1882.
- Segers, P., Belgrado, J., Leduc, A., Leduc, O., & Verdonck, P. (2002). Excessive pressure in multichambered cuffs used for sequential compression therapy. *Physical Therapy*, 82 (10), 1000-1008.
- Shoemaker, L., Estfan, B., Indur, R., & Walsh, T. (2011). Symptom management: An important part of cancer care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (1), 25-34.
- Silva, J., & Ribeiro-Filho, N. (2006). *Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática*. Ribeirão Preto: FUNPEC.

- Silva, M. (2011). *O papel da medicina física e de reabilitação em doentes com cancro avançado em cuidados paliativos*. Dissertação de mestrado em cuidados paliativos. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Silva, M., & Araújo, M. (2009). Comunicação em Cuidados Paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 49-58). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Simon, M., & Bueno, A. (2009). Behavioural treatment of the dys-synergic defecation in chronically constipated elderly patients: a randomized controlled trial. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 273-277.
- Smith, C., & Hale, L. (2007). The unique nature of fatigue in Multiple Sclerosis: prevalence, pathophysiology, contributing factors and subjective experience. *Physical Therapy Reviews*, 12, 43-51.
- Soderberg, G. (1997). *Kinesiology: application to pathological motion*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Solano, J., Gomes, B., & Higginson, I. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain Symptom Management*, 31 (1), 58-69.
- Sousa, A. (2012). *Sintomas em Cuidados Paliativos: da avaliação ao controlo*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Souza, M., Silva, M., Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1), 102-106.
- Stiller, K. (2000). Physiotherapy in intensive care. Towards an evidencebased practice. *Chest*, 118, 1801-1813.
- Stiller, K., Jenkins, S., & Grant, R. (1996). Acute lobar atelectasis: a comparison of five physiotherapy regimens. *Physiotherapy Theory and Practice*, 12, 197-209.
- Stjernswäerd, J., Foley, K., & Ferris, F. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33 (5), 486-493.
- Suhag, V. (2005). Palliative therapy in cancer patients: an overview. *JK Science*, 7 (2), 67-72.

- Sung, M., Choi, Y., Back, S., Hong, J., & Yoon, H. (2000). The effect of pelvic floor muscle exercises on genuine stress incontinence among Korean women—focusing on its effects on the quality of life. *Yonsei Medical Journal*, *41*, 237-251.
- Swedborg, I. (1980). Effectiveness of combined methods of physiotherapy for postmastectomy lymphoedema. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, *12*, 77-85.
- Swedborg, I. (1984). Effects of treatment with an elastic sleeve and intermittent pneumatic compression in post-mastectomy patients with lymphoedema of the arm. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, *16*, 35-41.
- Swedborg, I., Norrefalk, J., Piller, N., & Asard, C. (1993). Lymphoedema post-mastectomy: is elevation alone an effective treatment? *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, *25*, 79-82.
- Sykes, J., Johnson, R., & Hanks, G. (1997). Difficult pain problems. *BJM* *315*, 867-869.
- Szczegieliński, J., Bogacz, K., Łuniewski, J., Majorczyk, E., Tukien-dorf, A., & Czerwiński, M. (2011). The effect of physiotherapy on interleukin-8 levels in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, *79* (3), 184-188.
- Szuba, A., Achalu, R., & Rockson, S. (2002). Decongestive lymphatic therapy for patients with breast carcinoma-associated lymphedema. A randomized, prospective study of a role for adjunctive intermittent pneumatic compression. *Cancer*, *95*, 2260-2267.
- Szuba, A., Cooke, J., Yousouf, S., & Rockson, S. (2000). Decongestive lymphatic therapy for patients with cancer-related or primary lymphedema. *American Journal of Medicine*, *109*, 296-300.
- Teixeira, M. (2003). Dor no doente com câncer. In M. Teixeira, J. Marquez, L. Yeng, *Dor: contexto interdisciplinar* (20ª ed., pp.327-341). Curitiba: Maio.
- Teunissen, S., Wesker, W., Kruitwagen, C., Haes, H., Voest, E., & Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *34* (1), 94-104.

- Tkachuk, G., & Martin, G. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional psychology, research and practice*, *30*, 275-282.
- Torres, A. (2004). La Oncología Médica como especialidade horizontal e integradora en medicina. In C. Herrero, J. Torrent, A. Tejerina, M. Barón, J. Sanz-Ortiz *et al.*, *Manual SEOM de Cuidados Continuos* (p.25). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Tua Saúde (2013). Frazão, A. Insuficiência hepática. <http://www.tuasaude.com/insuficiencia-hepatica/>. Acedido em 28.08.2013.
- Tuso, P. (2013). The Renal Palliative Care Program. *The Permanent Journal* *17* (1), 78-79.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf). Acedido em 14.05.2013.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012). *Unidades de Internamento*. <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/onde/Paginas Unida desdeInternamento.aspx>. Acedido em 10.03.2014.
- Vázquez, J., Tarruella-Cobo, S., & Jiménez, M. (2004). Linfedema. In C. Herrero, J. Torrent, A. Tejerina, M. Barón, J. Sanz-Ortiz, V. Valentín, *Manual SEOM de Cuidados contínuos* (pp. 379-390). Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Ventafriidda, V., Sganzerla, E., Fochi, C., Cordini, G. (1979). Transcutaneous nerve stimulation in cancer pain. In J. Bonica & V. Ventafriidda, *Advanced pain relief therapy* (pp. 260-269). Brookline: Raven Press.
- Videira, R., Ruiz, S., Lima, S., Choniac, R., & Montagnini, A. (2004). Atrofia muscular em pacientes oncológicos internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo*, *11* (2).
- Vignes, S., Porcher, R., Arrault, M., & Dupuy, A. (2007). Long-term management of breast cancer-related lymphedema after inten-

- sive decongestive physiotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 101, 285-290.
- Vignes, S., Porcher, R., Champagne, A., & Dupuy, A. (2006). Predictive factors of response to intensive decongestive physiotherapy in upper limb lymphedema after breast cancer treatment: a cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 98, 1-6.
- Walsh D., Donnelly S., & Rybicki L. (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care in Cancer*, 8 (3), 175-179.
- Watson, T., & Mock, V. (2004). Exercise as an intervention for cancer-related fatigue. *Physical Therapy*, 84, 736-743
- Weert, E., May, A., Korstjens, I., Post, W., Schans, C., Borne, B., et al. (2010). Cancer-Related Fatigue and Rehabilitation: A Randomized Controlled Multicenter Trial Comparing Physical Training Combined With Cognitive-Behavioral Therapy With Physical Training Only and With No Intervention. *Physical Therapy*, 90 (10), 1413-1425.
- Whittemore, R., Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553.
- Wiles, C., Newcombe, R., Fuller, K., Shaw, S., Furnival-Doran, J., Pickersgill, T., et al. (2001). Controlled randomised crossover trial of the effects of physiotherapy on mobility in chronic multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 70, 174-179.
- Wilkinson, S., Barnes, K., & Storey, L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (5), 430-439.
- Wilkie, D., Kampbell, J., Cutshall, S., Halabisky, H., Harmon, H., Johnson, L., et al. (2000). Effects of massag on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. *Hospice Journal*, 15 (3), 31-53.
- Winck, J., Gonçalves, M., Lourenço, C., Viana, P., Almeida, J., & Bach, J. (2004). Effects of mechanical insufflation-exsufflation on respiratory parameters for patients with chronic airway secretion encumbrance. *Chest*, 126 (3), 774-780.

- Winningham, M. (2001). Strategies for managing cancer-related fatigue syndrome. *Cancer*, 92, 988-997.
- Wittlinger, H., & Wittlinger, G. (1992). *Introduction to Dr Vodder's Manual Lymph Drainage* (4<sup>th</sup> ed.). Heidelberg: Haug Publishers.
- World Health Organization (2013a). *Cancer*. Fact sheet N° 297. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>. Acedido em 27.08.2013.
- World Health Organization (2013b). *HIV/AIDS*. Fact sheet N° 360. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>. Acedido em 28.08.2013.
- Wozniowski, M., Jasinski R., Pilchm, U., & Dabrowska, G. (2001). Complex physical therapy for lymphoedema of the limbs. *Physiotherapy*, 87 (5), 252-256.
- Yasuhara, H., Shigematsu, H., & Muto, T. (1996). A study of the advantages of elastic stockings for leg lymphoedema. *International Angiology*, 15, 272-277.
- Yeng, L., Teixeira, M., Greve, J., & Yuan, C. (2003). Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. In M. Teixeira, J. Marquez & L. Yeng, *Dor: contexto interdisciplinar* (20<sup>a</sup> ed., pp. 689-703). Curitiba: Maio.
- Zach, M., Purrer, B., & Oberwaldner, B. (1981). Effect of swimming on forced expiration and sputum clearance in cystic fibrosis. *Lancet*, 2 (8257), 1201-1203.
- Zelikovski, A., Melamed, I., Kott, I., Manoach, M., & Urca, I. (1980). The 'Lymphapress' - A new pneumatic device for the treatment of lymphedema: Clinical trial and results. *Folia Angiologica*, XXVIII, 165-169.