

TEXTO DE APOIO

In: ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. Organização: Ricardo Tavares de Carvalho e Henrique Afonseca Parsons. 2012. p.500-516.

REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS - ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL E PARTICULARIDADES

Liliana Lourenço Jorge, Marília Bense Othero

1. Introdução

Tradicionalmente, a reabilitação está associada a doenças estáveis, com pacientes que possam participar ativamente do processo de reabilitação, aplicando na vida prática o conteúdo aprendido durante as terapias. São pacientes com estabilidade clínica e com bom prognóstico funcional, que têm o potencial de atingir os objetivos de ganho funcional significativo em curto e médio prazo: tal população é facilmente encontrada em centros de reabilitação.

No entanto, uma nova população vem sendo incorporada neste âmbito de tratamento, que são os pacientes com incapacidades graves crônicas e estáveis de mau prognóstico funcional, e doenças graves e progressivas. Pertencem a este grupo os pacientes com dupla hemiplegia com dependência total, Paralisia Supranuclear Progressiva e outros parkinsonismos plus, insuficiência cardíaca/ renal avançada e neoplasias sem remissão. Tais pacientes não possuem expectativa de ganho de função, e sim declínio generalizado lento (como num acidente vascular cerebral) ou rápido (como numa neoplasia). Para estes pacientes, os objetivos - de curto ou longo prazo - e as estratégias da reabilitação se imbricam com os conceitos de Cuidados Paliativos e focam nos ganhos na qualidade de vida, controle de sintomas, alívio do sofrimento e melhor aproveitamento do tempo remanescente que estes pacientes possuem para sua vida pessoal.

É importante ressaltar ainda que muitos pacientes com doença avançada são restringidos em suas atividades cotidianas desnecessariamente, quando são capazes de realizar atividades e ter independência¹.

A busca pela independência funcional e pela autonomia ocorre respeitando-se o declínio físico/cognitivo do paciente, que ocorre em função de uma doença em evolução; deve-se encorajar a resolução criativa de problemas de forma interdisciplinar e criando parceria com a família e o paciente. A reabilitação em Cuidados Paliativos deve ser definida como: “transformar o paciente em uma pessoa de novo”². Complementa-se sobre o papel da reabilitação em Cuidados Paliativos, enfatizando a restauração da dignidade e da auto-estima ao reinseri-los em suas atividades de vida diária de maneira ativa e independente^{2,3}.

Apesar de haver escassas evidências de que a reabilitação multidisciplinar seja impactante na funcionalidade e manejo de sintomas no câncer terminal ou doenças neurológicas progressivas, a experiência clínica e relatos de séries de casos apontam que esses pacientes se beneficiam de reabilitação, com ganhos variáveis (aferidos na escala Barthel) e 15-82% se tornam aptos para retorno para casa⁴. Porém, há consenso de que o programa deva ser precoce, curto e focado em controle de sintomas⁵.

Desde 1980, a Organização Mundial da Saúde preconiza que a doença e os déficits dela decorrentes deixem de ser o foco da abordagem biomédica, em prol de um novo modelo em que uma doença expressa déficits, incapacidades e desvantagens sociais de forma individual e única para cada paciente. Neste contexto, o déficit é uma disfunção fisiológica ou perda de integridade anatômica; a incapacidade se refere às conseqüências funcionais relacionadas ao autocuidado e mobilidade; a desvantagem representa a condição física que

interfere com a habilidade do indivíduo de se envolver com objetivos sociais/ educacionais/ recreacionais⁶. Um conceito chave neste campo é o de “capacidade funcional”, ou seja, a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma, sendo a mesma multidimensional e multifatorial.

Pesquisas populacionais desde 1978 têm evidenciado a coexistência de demandas físicas e psicológicas entre pacientes em Cuidados Paliativos. Mais de 80% relatam dificuldades à marcha, desempenho de atividades de autocuidado, além de problemas subdiagnosticados, como o descondicionamento e disfunções sexuais e problemas psicológicos⁷. As razões para a subutilização da reabilitação entre estes pacientes incluem a falha na detecção precoce de incapacidades na fase aguda do tratamento; falhas no encaminhamento à equipe de reabilitação; falta de conhecimento acerca da disponibilidade de serviços de reabilitação; falta de conhecimento por parte da família. Estas barreiras tendem a ser superadas mediante orientação aos membros da equipe de saúde que tratam o paciente, cujos conhecimentos sobre a reabilitação são subenfatizados.

Em uma pesquisa realizada com 50 pacientes com câncer em tratamento de reabilitação, se identificou²:

- 26% tinham um problema afetando sua capacidade funcional;
- 54% tinham dois problemas afetando sua capacidade funcional;
- 20% tinham três ou mais problemas afetando sua capacidade funcional;
- O problema mais comum encontrado foi: descondicionamento físico;
- E, a falta de consciência do comprometimento funcional era comum.

A reabilitação requer uma equipe multidisciplinar devido à variedade dos potenciais problemas a serem enfrentados pelo paciente antes, durante e após o diagnóstico. A equipe deve desenvolver objetivos realistas e viáveis, dentro das limitações impostas pela doença, ambiente e apoio social. Tais objetivos são dinâmicos e são reprogramados em função da evolução, favorável ou não, do quadro. A equipe atua de forma interdisciplinar, isto é, em esforço colaborativo entre os membros, onde eles integram serviços e trabalham com o paciente. Sendo assim, a reabilitação é composta por elos de igual poder de decisão e participação: equipe, paciente e família/ cuidador.

A equipe de reabilitação em Cuidados Paliativos deve ser composta por médicos de várias especialidades, enfermeira, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, e outros serviços, como capelães, dentistas, ortóticos, protesistas e serviços da comunidade, como hospícios e homecares.

2. Programa de reabilitação em cuidados paliativos

Conforme já mencionado, a reabilitação específica para cuidados paliativos evoluiu de maneira gradativa em direção à busca de funcionalidade ótima e conforto. Porém, é fundamental ressaltar que seus objetivos não são universais e devem ser determinados de acordo com o prognóstico de cada paciente.

Há 4 categorias deste modelo reabilitacional, que podem facilitar a compreensão do processo de reabilitação em cuidados paliativos^{2,8,9}, e a ênfase do tratamento mover-se-á de acordo com as fases de progressão da doença:

- Intervenções preventivas: atenuam os efeitos das incapacidades esperadas e enfatiza a educação do paciente. Incluem abordagens para melhorar o funcionamento físico e nível geral de saúde e orientações para preservação de força e flexibilidade. Aconselhamento psicológico antes do tratamento pode identificar precocemente questões de ajustamento, para permitir tratamento imediato.

- Intervenções restaurativas: procedimentos que buscam o retorno do paciente a um nível funcional físico, psicológico, social e vocacional prévio à doença. Exercícios para amplitudes articulares pós-operatórios para mastectomizadas e reconstruções de cabeça e pescoço são exemplos desta categoria.
- Intervenções de suporte: destinadas para ensinar os pacientes a acomodar suas incapacidades, maximizar sua autonomia e minimizar alterações debilitantes na sua doença em progressão. Incluem acompanhar a fase pós-protética de uma amputação e ensinar o paciente a usar a prótese, assim como instruir o paciente a usar outros equipamentos e adaptações que auxiliam no autocuidado e na independência funcional. Também pertence a este escopo a provisão de apoio emocional associada a questões de ajustamento enquanto o paciente está aprendendo a lidar com alterações no estilo de vida.
- Intervenções paliativas propriamente ditas: quando a incapacidade aumenta e a doença está avançada, as ações e objetivos focam na minimização ou eliminação de complicações e provisão de suporte e conforto. Objetivos paliativos incluem controle de dor, prevenções de contraturas e úlceras de pressão, prevenção de imobilismo, adaptações estruturais no leito e apoio psicológico para os membros da família.

Para um adequado programa de reabilitação, também é necessária uma abordagem integral, considerando-se os aspectos físicos, mas também psicossociais e espirituais.

O paciente é avaliado do ponto de vista funcional e clínico no início da reabilitação, para a definição das demandas, etapas do programa e plano terapêutico. A avaliação do paciente deve ser sistemática e rigorosa, incluindo²:

- História da doença e seu tratamento (item que pode ser obtido através de registros prévios em prontuário, evitando-se repetir sempre as mesmas questões ao paciente e à família);
- Sintomas atuais;
- Percepção do paciente sobre seus problemas;
- Avaliação física, emocional e cognitiva.

Uma avaliação integral compreende ainda: escuta, observação, testes apropriados para cada sintoma/problema apresentado. É importante ressaltar que esta avaliação deve ser dividida em mais de uma sessão, de acordo com a tolerância do paciente.

Para o plano de tratamento, é fundamental instituir metas realísticas, discutidas com o paciente e/ou com a família. Frequentemente, os pacientes vivenciaram muitas perdas, sobre as quais tiveram pouco ou nenhum controle; o foco da reabilitação é oferecer uma oportunidade de readquirir controle sobre alguns aspectos de sua própria vida, de maneira ativa, participativa e com mais esperança inclusive.

Um programa deve buscar intervenções focando os elementos que compõem a qualidade de vida, que incluem: preocupações físicas, habilidades funcionais, bem-estar familiar/ espiritual/ individual, sexualidade, habilidade social e ocupacional.

Os componentes básicos de um programa genérico de reabilitação em Cuidados Paliativos são:

- Atividades físicas/ocupacionais/esportivas, exercícios de relaxamento;
- Prescrição de equipamentos e adaptações para autocuidado e mobilidade;
- Terapias manuais, uso de meios físicos, medicamentos e procedimentos médicos específicos;
- Instrução e aconselhamento do paciente e familiares sobre estratégias de enfrentamento, preparo para situações de crise, independência funcional e assuntos relacionados à doença;

- Aconselhamento dietético e psicoterápico.

Os estímulos devem ser oferecidos “pouco e muitas vezes”, em contrapartida a sessões prolongadas, nas quais o paciente poderá cansar-se rapidamente. Conforme a doença progride, é preciso evitar deteriorações abruptas, diminuindo-se gradativamente os estímulos oferecidos, de acordo com as capacidades de cada indivíduo. Assim, as avaliações devem ser periódicas e a equipe deve realizar reuniões interdisciplinares para discussão e redirecionamento das estratégias em função da evolução e de novas questões a serem tratadas².

Estudos prospectivos e transversais comprovam melhoras pequenas porém significativas em fadiga, força muscular, sintomas e qualidade de vida após programas de reabilitação intensiva baseada em informação, esporte, psicoeducação e exercícios individuais. Independentemente do tipo tumoral entre oncológicos ou sítio de lesão no sistema nervoso central em doenças neurodegenerativas, tanto família quanto paciente reportam satisfação durante o seguimento⁷.

3. Principais sintomas a serem abordados em Reabilitação

Dependência. A dependência é um dos maiores problemas vivenciados pelos pacientes em Cuidados Paliativos, especialmente aqueles com a doença em estágio avançado. No último ano de vida, os pacientes sentem mais medo da dependência do que da própria dor, sintoma mais comumente discutido. A autora menciona também uma pesquisa realizada no St Christopher’s Hospice, na qual os sintomas mais frequentes encontrados foram: fadiga (91%) e imobilidade (77%), ambos com grande consequência na independência no cotidiano dos pacientes².

Espasticidade. Este é um sintoma comum em pacientes com doença neurológica avançada; em casos de esclerose múltipla, por exemplo, afeta de 40% a 60% dos pacientes. A espasticidade causa dor, rigidez e espasmos musculares, resultando em significativa imobilidade e restrição em atividades de vida diária. Se mal tratada, a espasticidade pode levar à contraturas e deformidades, que exacerbam a dor, aumentam os problemas com higiene e realização de atividades, além de aumentar a predisposição a úlceras de pressão¹⁰.

Descondicionamento e síndrome do imobilismo. Lesões orgânicas ou por intervenções terapêuticas tóxicas podem induzir à inatividade física, que se soma a outras condições associada ao câncer, como fadiga, astenia, caquexia e anorexia. Em conjunto, os efeitos da inatividade e do descondicionamento físico geram a chamada síndrome do imobilismo e afetam diversos órgãos e sistemas¹¹:

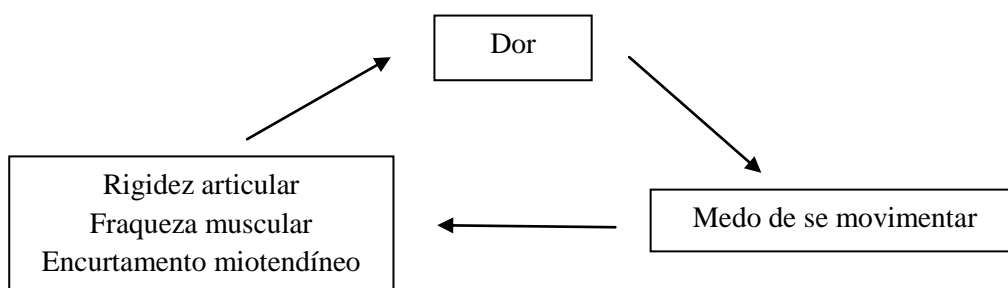
- Músculos: com o repouso no leito, a perda de massa magra é de 10% por semana, com redução do torque muscular de 24% após 5 semanas. Com a inatividade, ocorre encurtamento miotendíneo e alterações periarticulares e intrarticulares, estimulando a proliferação colágena em caso de presença de hemorragias e edemas. Os níveis reduzidos de atividade, somados à fraqueza muscular geram desbalanço muscular dinâmico, piorando o risco de contraturas. Ocorre também aumento da excreção urinária de cálcio a partir de 3 dias de repouso, osteoporose por desuso, ambos piorados na vigência de metástases ósseas e síndromes paraneoplásicas com secreção de PTH.
- Trato respiratório: fraqueza e redução da atividade intercostal e diafragmática e postura supina favorecem alteração do padrão respiratório, resultando em

diminuição de capacidade funcional, atelectasias, piora da eficácia da tosse, hipoxemia. Respirar profundamente se torna doloroso na vigência de metástases ósseas ou em pós operatórios; derrames pleurais, complicações de radioterapia e maior risco de pneumonia são comuns em pacientes oncológicos.

- Aparelho geniturinário: estase urinária, hipercalciúria, litíase, retenção urinária e infecções. Prevenções incluem limitar o uso de sondas de demora e preferir coletores ou cateterismo intermitente limpo.
- Trato gastrointestinal: inatividade leva à redução do peristaltismo e hipertonia esfíncteriana. Estudos radiopacos demonstram aumento do trânsito colônico e declínio das ondas propulsivas. A constipação e impactação fecal pioram no uso de opioides. Náuseas, vômitos e anorexia são freqüentes durante a quimioterapia e, combinados com balanço nitrogenado negativo, contribuem para a caquexia e hipoproteinemia. A reeducação intestinal, uso de laxativos e dieta apropriada fazem parte da reabilitação.
- Sistema cardiovascular: os efeitos hemodinâmicos ocorrem a partir de poucos dias de repouso, com perdas plasmáticas de até 500 mL em 1 semana. Com isso, ocorre aumento da viscosidade sanguínea, hipotensão ortostática, tendência a hipotensão arterial, redução do débito cardíaco, risco aumentado de síncope e baixa perfusão cerebral. As respostas hemodinâmicas ao exercício físico também são afetadas após 10 dias de repouso, com menores volume sistólico, débito cardíaco e consumo máximo de O₂. Estimam-se que são necessárias 3 a 4 semanas para o reestabelecimento das respostas hemodinâmicas fisiológicas.
- Estados de hipercoagulabilidade, maior viscosidade sanguínea e estase venosa levam a risco aumentado de trombozes.
- Sistema nervoso: déficits de equilíbrio, coordenação, percepção, levando a maior risco de quedas. O confinamento e imobilização no leito levam à deprivação sensorial, déficits de atenção/ concentração, delirium e outros déficits cognitivos.
- Pele: a baixa mobilidade, associada a desnutrição, incontinência e déficits sensoriais aumentam o risco para úlceras de pressão

Dor. A dor é altamente prevalente entre pacientes paliativos, perfazendo uma taxa de 40 a 90%. O conhecimento da história natural do tipo neoplásico e manejo terapêutico auxiliam no controle sintomático. Nos casos de Esclerose Múltipla, por exemplo, dor aguda ou crônica ocorre em 30% a 80% dos pacientes, e a dor tem sido relatada em 73% dos pacientes com doença do neurônio motor¹⁰.

Este sintoma, em conjunto com o descondicionamento e a síndrome do imobilismo, cria-se um ciclo vicioso, conforme explicitado no quadro abaixo²:



Fraturas patológicas. As metástases ósseas acometem 70 a 85% dos pacientes com tumores avançados, principalmente de mama, próstata, pulmão, rins e tireóide. Em 9,5% dos

casos, as metástases levam a fraturas patológicas, complicações graves que levam a hospitalizações, necessidade eventual de tratamento cirúrgico e controle agressivo da dor.

Em decorrência de lesões encefálicas adquiridas, tem-se observado osteoporose neurogênica, exigindo os mesmos cuidados terapêuticos e reabilitacionais de um quadro de osteoporose pós menopausa. O risco aumentado de fraturas patológicas observado é incrementado com a presença de síndrome do imobilismo (vide acima), que promove piora da arquitetura e massa ósseas¹¹

Xerostomia. A xerostomia é uma queixa comum e compromete deglutição e comunicação, causa halitose cáries e infecções, e reduz gustação. É muito freqüente após radioterapia de cabeça e pescoço, em que ocorre agressão em glândulas salivares. Medicamentos com efeito colinérgico como tricíclicos e opioides também são causas comuns. Os pacientes devem ser avaliados na busca de candidíase oral, mucosites e fissuras¹¹.

Fadiga. A fadiga é um dos sintomas mais comuns e incômodos experimentados entre os pacientes com câncer, sendo incapacitante em 17 a 40%. Afeta de 70 a 100% dos pacientes sob quimioterapia, radioterapia e TMO e com metástases.

Na maioria dos casos, a fadiga tem origem multifatorial e pode ser conceituada como uma síndrome. Pode ser causada pelo tumor em si, pelo tratamento, ou pela anemia relacionada à anemia. Fatores sabidamente associados à fadiga são: caquexia, descondicionamento, altos níveis de citocinas, além de ansiedade, depressão, má qualidade de sono e dor. Alguns tipos específicos de câncer, como de pulmão, de testículo, de colon, e hematológicos estão mais relacionados com a fadiga, em relação a tumor de mama e de próstata, por exemplo. Entre os pacientes sob quimioterapia, a fadiga tipicamente tem um pico em 48-72 horas e cai após 3 semanas. Na radioterapia, a fadiga se agrava linearmente até um pico de 4 semanas de tratamento, com queda ao longo de 3 meses¹¹.

A fadiga influencia todos os aspectos da qualidade de vida e agrava a experiência frente a outros sintomas, como náusea, dispnéia ou dor. Sendo assim, diretrizes vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de se detectar e acompanhar a presença de fadiga, graduá-la e tratar as condições clínicas subjacentes (como anemia, distúrbio de sono, comorbidades, imobilismo, desnutrição)¹¹.

Linfedema. O linfedema do braço, levando a aumento da circunferência em mais de 2 cm, é uma condição incapacitante e crônica que afeta um número significativo de mulheres que são submetidas ao tratamento de câncer de mama. Qualquer dissecação dos vasos linfáticos axilares e linfonodos, cirurgia axilar e radioterapia levam ao risco de linfedema do braço. Fibrose da axila secundária à cirurgia e radioterapia causa obstrução venosa/ linfática ao comprimir troncos vasculares e bloquear a regeneração de colaterais venosos e linfáticos. Trauma e infecção são outros fatores causais, que também predisõem a redução da amplitude articular no ombro. O aumento da circunferência do braço no pós-operatório é comum e resolve em semanas. A gravidade se relaciona à idade avançada da paciente, extensão da dissecação axilar. O linfedema é fator predisponente para celulites, tromboflebites e linfangites; pode ser agravado por comorbidades como hipertensão arterial, nefropatias e diabetes¹¹.

O linfedema traz incômodos físicos, como diminuição da amplitude de movimento, sobrepeso do membro acometido, assimetria na composição, corporal) e incômodos psicossociais, tais como perda da auto-estima, prejuízo estético, dificuldades para o relacionamento interpessoal e sexual¹.

Alterações psíquicas. Em 50% dos pacientes portadores de câncer com déficits físicos há demandas psicológicas associadas e em 29% dos que não possuem queixas motoras. Em todas as fases do câncer, há indicação de acompanhamento psicológico para a família e o paciente; em alguns casos, o tratamento inclui avaliação psiquiátrica e controle específico de transtornos ansiosos e depressivos. Na população oncológica, alguns achados podem ocorrer e levar a diagnósticos e tratamentos inadequados, como delirium decorrente do quadro clínico subjacentes e complicações metabólicas, transtornos hipotativos e distúrbios cognitivos¹¹.

Distúrbios cognitivos. Comuns em doenças como AVEs e TCEs, metástases ou tumores cerebrais também podem gerar ampla gama de déficits cognitivos (58% dos casos), desde sutis alterações neuropsicológicas a casos generalizados de afasias, alexias, apraxias e déficits de memória e atenção – acentuados na vigência de distúrbios metabólicos. Independentemente de sua etiologia, as disfunções cognitivas podem tornar complexa a reabilitação, aumentar a carga do cuidador, gerar insatisfações ao paciente, degradar relações interpessoais e familiares, além de comprometer a independência. A avaliação neuropsicológica é essencial para a detecção dos déficits cognitivos, além de facilitar o desenho de técnicas de reabilitação, como estratégias restaurativas e compensatórias¹¹.

Outros. Alterações freqüentemente observadas incluem disartrofonias, afasias (motora, mista, sensorial), déficits de atenção/ memória/ visuoespaciais, distúrbios de funções executivas, hemiparesias, ombros dolorosos próprios do hemiplégico, dor mista no hemicorpo acometido, bexiga neuropática, distonias e tremores, hipertonia espástica, ataxia e incoordenação¹¹. A disfagia é também uma seqüela comum, perigosa e incapacitante¹⁰.

4. Estratégias de intervenção

Como objetivos específicos da intervenção da equipe de Reabilitação em Cuidados Paliativos, é possível elencar:

- Prevenir dor ou outros sintomas;
- Maximizar a independência e/ou a autonomia;
- Manter a capacidade funcional;
- Minimizar esforços para realização das atividades cotidianas;
- Aumentar a segurança na realização das atividades;
- Enriquecer o cotidiano;
- Resgatar a vida ocupacional, familiar e social.

Para que tais objetivos possam ser alcançados, toda a equipe multiprofissional deverá estar envolvida na assistência ao paciente, através de atendimentos individuais, grupais e orientações aos familiares e cuidadores.

Para maximização da independência e manutenção da capacidade funcional, um programa de exercícios é de fundamental importância, agindo sobre o descondicionamento físico e o imobilismo. Cinesioterapia ativa e passiva são mandatórias para ganho de amplitudes articulares, controle de equilíbrio e propriocepção, trocas posturais, ortostatismo e marcha.

Os exercícios são parte de um programa de ganho de resistência, melhoria do desempenho cardiovascular, além de relaxamento e lazer. Os exercícios podem ser passivos (realizados pelo profissional, sem controle voluntário), assistidos (movimentos voluntários auxiliados pelo terapeuta, pelo próprio paciente ou por equipamentos) ou resistidos (movimentos voluntários com resistência do profissional, ou equipamentos). O programa de exercícios deve ser adaptado individualmente, sempre monitorado pelo profissional, com

metas realísticas, conforme mencionado anteriormente. Deve-se preconizar a orientação a familiares e cuidadores sobre o programa, a fim de estimularem e encorajarem o paciente, além de realizar alguns exercícios com o mesmo, quando possível².

Os programas de exercícios e de atividade física podem também ajudar a prevenir a manifestação e reduzir a intensidade da fadiga, assim como estão terapia de sono, terapia cognitiva e farmacológica¹². Meta-análise indica que outras intervenções não farmacológicas são eficazes no controle de fadiga, embora de evidência estatística limitada^{13,14}.

A seguir, estão relacionadas algumas estratégias de conservação de energia que podem ser orientadas para controle deste sintoma:

- Orientação ao paciente em relação ao curso da fadiga;
- Autoprograma de exercícios para amplitudes articulares e aeróbicos, com pausas entre as séries, e preferindo alta frequência de repetições e baixa carga;
- Fracionamento das atividades de rotina diária;
- Encorajamento para atividades de lazer e em grupo 20-30 minutos, 03 vezes por semana;
- Orientação e acompanhamento em relação ao uso de medicamentos sintomáticos como analgésicos e ansiolíticos.

O uso de grupos de exercícios para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos foi relatado como tendo os seguintes benefícios descritos pelos participantes¹⁵: participação em uma atividade significativa, estruturação do cotidiano através do compromisso de participação, manutenção da função física e aumento da energia. Os autores reforçam, entretanto, a importância do programa de exercícios ser oferecido por profissionais qualificados.

O treino de atividades de vida diária será parte integrante de quaisquer programas de reabilitação em Cuidados Paliativos, relacionando-se ao treino de atividades relacionadas a mobilidade (transferências, deambulação, mudanças posturais), cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), comunicação (escrever, telefonar, digitar, usar computador) e ferramentas de controle do meio ambiente (manuseio de chaves, portas, janelas, torneiras, etc)¹⁶. Pode ser realizado através de exercícios funcionais, mas também através de adaptações de utensílios, como engrossadores de talheres, pegadores, pranchas e guinchos de transferência, entre outros. Para facilitar a independência nas AVDs, ainda é possível realizar adaptações ambientais e arquitetônicas, como acessibilidade do domicílio, instalação de barras de apoio, rampas, corrimões, elevadores etc.

Para a prevenção de deformidades e controle de dor (relacionada à hipertonia, espasticidade ou fratura patológica), o posicionamento adequado é importantíssimo, especialmente através de órteses. As órteses são dispositivos aplicados a qualquer parte do corpo, com objetivo de estabilizar ou imobilizar o segmento, prevenindo ou corrigindo deformidades, protegendo contra lesões, auxiliando na recuperação e na maximização da função¹⁷. São importantes no controle da dor pois promovem o repouso de articulações, tendões, ligamentos e músculos; mantêm alinhamento; previnem contraturas em posição viciosa; previnem movimentos indesejado¹⁸. Órteses (cruropodálicas, suropodálicas, de posicionamento para membros superiores, extensoras de cotovelo e joelho) auxiliam na estabilidade do segmento, previnem deformidades e auxiliam na marcha. As órteses dinâmicas auxiliam em preensões e atividades motoras finas.

Podem ser confeccionadas em gesso, PVC, termoplástico, ou espuma de alta densidade, de acordo com as necessidades do paciente e os recursos (institucionais, familiares, financeiros) disponíveis. A depender do prognóstico funcional de cada paciente, podem ser confeccionadas órteses em materiais alternativos, como espuma de alta densidade, isopor, tecido, e até mesmo o colchão utilizado para prevenção de escaras (conhecido como “caixa de ovo”), contribuindo para o conforto e prevenção de lesões de pele.

Outro aspecto, importante e recorrente, é o conforto físico proporcionado através de adaptações/adequações no leito, acomodando seguimentos corporais comprometidos cirurgicamente, por crescimento tumoral ou pelos aparelhos necessários ao tratamento. Junto à equipe de cuidados, é possível adaptar coxins, apoios, fixadores de sondas e cânulas, e toda sorte de necessidades que indiquem que o paciente possa estar mais confortável fisicamente, além de prevenir o aparecimento de úlceras por pressão também.

Além das órteses já descritas, outros equipamentos poderão ser prescritos e/ou confeccionados pela equipe de reabilitação, como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, próteses, muletas, bengalas, etc. visando melhor conforto do paciente e aquisição de maior independência nas atividades cotidianas, incrementando a mobilidade às atividades rotineiras domiciliares e ocupacionais.

No caso do manejo de linfedema, o posicionamento adequado é fundamental. Entre outras orientações para controle deste sintoma estão incluídos: nutrição balanceada, cessação de tabagismo, controle de peso; elevação do membro edemaciado, evitar carregar peso deste lado; exercícios para amplitudes articulares; evitar venopuncturas, aferições de pressão arterial e retirada de cutículas no lado edemaciado; usar luvas durante as atividades domésticas; cuidados com feridas, picadas de insetos, coçaduras e rachaduras da pele; visitas médicas regulares, relatar aumentos súbitos da circunferência do membro; exercícios domiciliares. A drenagem linfática manual tem se mostrado eficaz para melhoria deste sintoma, sempre com a necessidade de outros cuidados concomitantes¹⁹. Uma revisão sistemática observou que os tratamentos mais intensivos e dependentes de terapeuta especializado, como compressão pneumática, laserterapia, drenagem linfática manual e fisioterapia, resultaram em efeito significativo na redução volumétrica do edema em relação a outros mais genéricos, como malhas compressivas e elevação do membro. Todas as terapias geraram melhora subjetiva a conforto mensurável em escalas de qualidade de vida²⁰.

Para a xerostomia, o tratamento convencional (higiene oral, uso de estimulantes da saliva, alimentos condimentados e pilocarpina) tem sido complementado com acupuntura, cuja eficácia é significativa em meta-análises²¹.

Nos casos de fadiga (e também sintomas como caquexia e anorexia), o acompanhamento nutricional personalizado é fundamental nos ajustes de dieta frente à introdução de atividades físicas e variações de gasto energético, além da prescrição de suplementos e dieta modificada.

Especificamente nos casos de fratura patológica, devido às suas conseqüências funcionais catastróficas, indica-se um programa de reabilitação intensivo e curto, objetivando minimizar descondicionamento e osteopenia resultante de imobilidade; preservar amplitudes articulares no limite da dor; otimizar independência nas atividades rotineiras; realizar fortalecimento isotônico e isométrico.

Já para o paciente acamado, o posicionamento adequado é especialmente importante. Uma posição adequada pode melhorar a deglutição, sendo auxiliado por técnicas fonoaudiológicas como para flexão do pescoço, exercícios de adução glótica, tosse assistida, ajustes posturais, reestabelecimento de consistências alimentares e manobras específicas. Vale ressaltar que a terapia fonoaudiológica auxilia no tratamento afasias, disatrfonias e distúrbios lingüístico-cognitivos¹⁰.

Porém, não só para as áreas funcionais e cognitivas que o posicionamento será fundamental, mas também para a melhora da função pulmonar, uma vez que a posição sentada aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório dos pacientes. A posição em prono aumenta a capacidade residual funcional e a relação ventilação/perfusão, enquanto as posições laterais aumentam a ventilação e a mobilização de secreção. Ainda sobre a função pulmonar, a oxigenoterapia e o uso de ventilação não-invasiva como pode ser um recurso utilizado, quando ocorre queda de saturação em ar ambiente, sempre com indicação da equipe especializada¹.

Para pacientes com seqüelas cognitivas e/ou com seqüelas de linguagem (expressão, compreensão, etc), o uso de recursos de comunicação alternativa também deverá ser indicado pela equipe de reabilitação. Além disso, através de uma avaliação neuro-cognitiva adequada, poderão ser também prescritas técnicas e exercícios de memória e reabilitação cognitiva.

Os meios físicos, isto é, intervenções que produzem respostas nos tecidos moles por meio de luz, água, temperatura, som ou eletricidade são adjuvantes para analgesia, redução de edemas elásticos e controle de processos inflamatórios. Podem englobar, por exemplo, banhos de parafina, compressas quentes ou frias, ultra-som, turbilhão, TENS (estimulação elétrica transcutânea), entre outros. Ressalta-se que estas indicações devem ser feitas após avaliação minuciosa da condição física do paciente, e só podem realizá-las com segurança por profissionais que tiverem treinamento específico pós-profissionalizante no tema¹⁸. A utilização do TENS em dor oncológica ainda é controversa, com uma série de estudos e experimentos clínicos sustentando este uso, e outro número considerável de estudos não demonstrando benefícios na sua aplicação²². A crioterapia (utilização do frio) tem utilização benéfica comprovada em torções, contusões e dores músculo-esqueléticas, especialmente relacionadas a processos inflamatórios. Já o uso do calor não é recomendável para pacientes com câncer, especialmente no local do tumor, pois aumenta a irrigação local¹.

A estimulação elétrica neuromuscular pode auxiliar no trabalho de fortalecimento e ganho de *endurance* em lesões nervosas centrais. Ainda no contexto dos meios físicos, as terapias manuais (como massagem e deslizamento miofascial) são indicadas para relaxamento muscular e controle de ansiedade. Os métodos de terapia manual podem ser utilizados como complementares no alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente¹. Pode-se complementar o tratamento indicando-se o uso de técnicas de relaxamento e visualização sempre em trabalho conjunto com a equipe, especialmente profissionais da Saúde Mental.

Para o controle da dor – e também para o enriquecimento do cotidiano, aumento da auto-estima e dignidade - as atividades prazerosas, lúdicas e expressivas podem facilitar a percepção de capacidades e potencialidades dos pacientes, pois devido ao sofrimento trazido pela dor, estes não mais as reconhecem²³. O uso da arte como atividade terapêutica no cuidado aos idosos com dor crônica, uma vez que, ao possibilitar uma nova ocupação significativa ao idoso, pode-se contribuir para prevenir e aliviar a dor²⁴. As atividades colaboram na redução da dor na medida em que ao se envolver com a atividade, muitas vezes o paciente passa a dar menos atenção a sua dor²⁵. E, assim, há uma quebra no ciclo "dor - ociosidade - dor"²⁶.

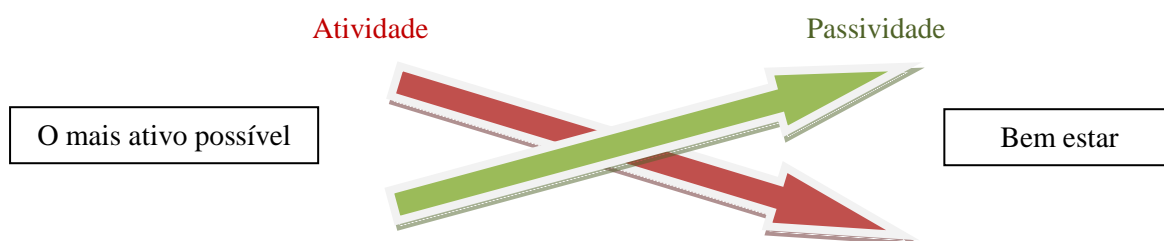
A estimulação sensorial pode ser indicada como estratégia para enriquecimento do cotidiano de pessoas com seqüela neurológica muito grave. O estímulo positivo e agradável bem como possibilidade de interação com o meio a partir de experiências de vida e potência são os principais objetivos desta proposta. Toques, texturas, cheiros, sabores, música, luzes são alguns das estratégias usadas no grupo, desenvolvendo-se um ambiente de conforto e de cuidado^{27,28}. As estimulações multissensoriais podem ainda ser indicadas para déficits sensitivos, alodínea e déficits proprioceptivos.

Os procedimentos fisiatrícos como inativação de pontos gatilho miofasciais com agulhamento seco, aplicação de toxina botulínica, infiltrações intrarticulares e mesoterapia são ainda outras possibilidades de intervenção no campo da reabilitação em Cuidados Paliativos. Para o controle específico da espasticidade, bloqueios neuromusculares com toxina botulínica e neurólises com fenol reduzem o tônus espástico focal e facilitam a prevenção de deformidades. O médico fisiatra pode ainda prescrever medicamentos específicos adjuvantes da reabilitação, como antiespásticos, analgésicos, psicoestimulantes, anticonvulsivantes, opioides, entre outros.

Enfim, são diversas as possibilidades e as estratégias de intervenção da equipe de reabilitação em Cuidados Paliativos. Estas foram aqui apresentadas de maneira geral, e indica-se estudo aprofundado para a aplicação das mesmas. É importante destacar que, no curso de todo o programa de reabilitação, folhetos e manuais destinados ao cuidador ou paciente podem ser um poderoso recurso facilitador para as orientações acerca dos assuntos cabíveis para cada paciente²⁹, assim como há a necessidade de oferecer apoio e acolhimento aos familiares, que também sofrem com o adoecimento do paciente³⁰.

5. Considerações finais

Os pacientes em Cuidados Paliativos necessitam de cuidado amplo para o alívio de sintomas de dor, fadiga, fraqueza, além de educação para auxiliá-los na habilidade de ganho de independência funcional e qualidade de vida. Tais demandas são mais bem supridas por meio da atuação dos profissionais de reabilitação, fundamentais para os cuidados interdisciplinares necessários ao longo de todas as fases de condições rapidamente progressivas ou estáveis: planejamento terapêutico, remissão, recorrência, declínio funcional e fase final de vida. O seguinte esquema pode explicitar bem este processo³¹:



A equipe da reabilitação é treinada para auxiliar no alívio de sintomas, ganho de funcionalidade e problemas associados ao tratamento. No entanto, ainda pouca ênfase é colocada na reabilitação dos pacientes paliativos, devido a ignorância, barreiras sociais, custos, estigma associado à procura por ajuda psicoterápica e falhas de comunicação³². Os médicos e pacientes devem estar alertas e abertos quanto à importância das intervenções de reabilitação para o funcionamento global destes pacientes³³.

O propósito principal da reabilitação em Cuidados Paliativos é de permitir ao paciente retornar a um estágio de utilidade e menos dependência, resultando na habilidade de tornar-se sujeito de sua vida novamente. Isso pode estar relacionado desde simples atividades, como usar o lavatório, barbear-se, até o envolvimento em atividades criativas, pintura, música – e até especialmente ser tratado com respeito. Em quaisquer destes casos, o autor reforça: “Reabilitação em Cuidados Paliativos nunca é fácil, muitas vezes desafiador e sempre recompensador”⁹.

Reabilitação em Cuidados Paliativos – Pontos Principais³⁴

Ajuda o paciente a ganhar oportunidade, controle, independência e dignidade

Responde rapidamente para ajudar os pacientes a se adaptarem constantemente a seu adoecimento

Tem uma abordagem realística junto aos objetivos possíveis

Delimita o ritmo a partir de cada indivíduo

Visa a restauração da qualidade de vida

“Traz mais vida aos dias do que dias a vida”

É uma atitude, assim como um processo

Adota uma abordagem compensatória, com foco na resolução de problemas e promoção de estratégias de enfrentamento

6. Referências Bibliográficas

1. MARCUCCI, F.C.I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(1): 67-77.
2. ELFRED, A. Rehabilitation. In: SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. *Management of advanced disease*. Great Britain: Arnold, 2004. p.549-559.
3. TWYLCROSS, R. *Medicina Paliativa: Filosofia y Consideraciones Éticas*. Acta Bioethica, ano VI, n.1. 2000.
4. Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehab* 1994; 73: 199-206.
5. Kim A, Fall P, Wang D. Palliative care: optimizing quality of life. *JAOA* 2005, 105: S9-S14.
6. AMIRALIAN, M.L.T.; PINTO, E.B.; GUIRARDI, M.I.G.; LICHTIG, I.; MASINI, E.F.S.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.1, fev. 2000.
7. DeLisa JA. A history of cancer rehabilitation. *Cancer* 2001; 92(4S): 970-4.
8. Dietz JH. *Rehabilitation Oncology*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1981
9. JOLLIFE, J.; BURY, T. The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people. *The Chartered Society of Physiotherapy*. London, 2002. 43p.
10. EDWARDS, A. Symptom relief in palliative neurological care. In: BYRNE, J.; McNAMARA, P.; SEYMOUR, J.; McCLINTON, P. *United Kingdom: Radcliffe Publishing*, 2009. p.47-69.
11. Kaplan R, Van Zandt JE. Cancer and rehabilitation: <http://emedicine.medscape.com/article/320261-overview>
12. Winningham ML. Strategies for managing cancer-related fatigue syndrome: a rehabilitation approach. *Cancer* 2001; 92(4S): 988-97
13. Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. *Health Psychol* 2007; 26(6): 660-7
14. MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(4): 577-583.
15. NYBØ, G.; MARINI, C.; BYE, A.; OLDERVOLL, L. Palliative cancer patients experiences of attending group exercise training. *European Journal of Palliative Care*. 11th Congress of EAPC. 2009. p.202.
16. TEIXEIRA, E. Atividades da vida diária. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F.N.; SANTOS, L.S.B.; OLIVEIRA, M.C. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Física*. São Paulo: ROCA, 2003. p.193-219.

17. SAURON, F.N. Órteses para membros superiores. In: TEIXEIRA, E.; SAURON, F.N.; SANTOS, L.S.B.; OLIVEIRA, M.C. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Física*. São Paulo: Roca, 2003. p.265-296
18. DE CARLO, M.M.R.P.; ELUI, V.M.C.; PACKER, M.P. *Terapia Ocupacional e atenção a pacientes com dor não-oncológica*. In: DE CARLO, M.M.R.P.; QUEIROZ, M.E.G. *Dor e Cuidados Paliativos - Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2008. p.167-190.
19. NIELAND, P.; KLASCHIK, E.; CLEMENS, K.E. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphatic oedema in palliative care patients. *European Journal of Palliative Care*. 11th Congress of EAPC. 2009. p.207.
20. Moseley AL, Carati CJ, Piller NB. A systematic review of common conservative therapies for arm lymphoedema secondary to breast cancer treatment. *Ann Oncol* 2007; 18(4): 639-46.
21. Cherny NI. Taking care of the terminally ill cancer patient: management of gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer. *Ann Oncol*. 2004;15: 205-13
22. PENA, R.; BARBOSA, L.A.; ISHIKAWA, N.M. Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica – uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54(2): 193-199
23. NUNES, CMP. Dor neuromusculoesquelética. In: *Terapia Ocupacional Gerontológica*. In: Cavalcanti, A; Galvão, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 258-268
24. SANTOS, A.G.C.; ARAUJO, R.C.T. A intervenção terapêutica ocupacional em idosos institucionalizados e seus efeitos sobre a queixa de dor. MIMEO
25. FERRER, A. L.; SANTOS, W. A. *Terapia Ocupacional na Atenção a Pacientes com Dor Oncológica e em Cuidados Paliativos*. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E.G. (Orgs.). *Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2008. Cap. 7, 146- 166.
26. PENGO, M. M. B.; SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO, M.R.P.; LUZO, M. C. M. (Orgs.). *Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e contextos hospitalares*, SP, Ed. Roca, 2004. Cap. 10, 233-255.
27. OTHERO, M.B. *Terapia Ocupacional na Assistência Oncológica em Geriatria e Gerontologia – Experiências em Cuidados Paliativos no Setor Privado, Hospital Premier (São Paulo-SP)*. In: _____. (org.) *Terapia Ocupacional. Práticas em Oncologia*. São Paulo: Roca, 2010. p.388-407.
28. OTHERO, M.B.; ARINI, T.S.; FURTADO, M.T.S. *Terapia Ocupacional e Cuidados Paliativos na Assistência ao Paciente com Sequela Neurológica Grave*. In: *Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos*. ANCP. São Paulo, 2010.
29. PENGO, M.M.S.B. *Assistência à mulher com câncer – A experiência do Hospital Amaral Carvalho em Jaú – SP*. In: OTHERO, M.B. (org) *Terapia Ocupacional – Práticas em Oncologia*. São Paulo: ROCA, 2010. p.218-253
30. OTHERO, M.B. *Assistência ao familiar da pessoa com câncer*. In: : _____. (org.) *Terapia Ocupacional. Práticas em Oncologia*. São Paulo: Roca, 2010. p.111-122.

31. HOLLANDER, L.; DIEELIS,W. Palliative care for psychogeriatric patients from a physiotherapeutic view. *European Journal of Palliative Care*. 11th Congress of EAPC. 2009.
32. Pandey M, Thomas BC. Rehabilitation of cancer patients. *J Postgrad Med* 2001; 47:62.
33. Gerber LH. Cancer rehabilitation into the future. *Cancer* 2001; 92:975–9
34. WATSON, M.; LUCAS,C.; HOY,A.; WELLS, J. *Oxford Handbook of Palliative Care*. 2nd ed. Oxford University Press, 2009.