

Artigo original**Disfunções físico-funcionais em pacientes oncológicos:
a importância do cuidado paliativo*****Physical functional dysfunctions in oncologic patients:
the importance of palliative care***

Adriane Pires Batiston, M.Sc.*, Lídia Graebin Herbes de Matos**, Marcos Fabio Gil de Arruda**

.....
**Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco, **Acadêmicos do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco*

Resumo

Cuidado paliativo consiste na assistência integral a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. Seu objetivo é a melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família. Este estudo investigou as principais disfunções físico-funcionais referidas por pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura e o papel do fisioterapeuta no cuidado paliativo. Estudou-se 50 pacientes com câncer que responderam a um questionário que investigou variáveis sócio-demográficas, clínicas e disfunções físico-funcionais referidas pelos pacientes. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Os 50 entrevistados apresentaram idade entre 21 e 87 anos ($54,2 \pm 15,88$), sendo 52% do sexo feminino. As alterações físico-funcionais relatadas foram: dor (70%), dificuldade de movimento (58%), alterações circulatórias (48%), alterações respiratórias (48%) e dor em pontos de pressão (32%). A grande maioria dos pacientes com câncer avançado apresenta disfunções físico-funcionais. O fisioterapeuta deve, portanto, integrar a equipe de cuidados paliativos destes pacientes.

Palavras-chave: oncologia, assistência paliativa, fisioterapia, reabilitação.

Abstract

Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Its objective is to improve patient and family quality of life. This study investigated the main physical-functional disabilities related to patients with incurable and role of physical therapist in palliative care. The study was composed by 50 patients who answered to a questionnaire that investigated social-demographics and clinical variables and the prevalence of physical functional disabilities reported by the patients. Data were analyzed by descriptive statistics. The 50 patients were 21 to 87 years old (54.2 ± 15.88), 52% were female. They reported the following physical functional alterations: pain (70%), difficulty of movement (58%), circulatory alterations (48%), respiratory alterations (48%) and pain in pressure points (32%). The great majority of patients with advanced cancer have physical-functional disabilities. The physiotherapist should, therefore, integrate the palliative care team of these patients.

Key-words: medical oncology, palliative care, physical therapy, rehabilitation.

Recebido 18 de março de 2006; corrigido 18 de junho de 2008; aceito em 18 de julho de 2008.

Endereço para correspondência: Adriane Pires Batiston, Rua Robert Spengler, 42, Jardim Monte Libano, 79004-070 Campo Grande MS, Tel: (67) 3325-6452, E-mail: apbatiston@hotmail.com

Introdução

O câncer é um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Sua incidência comporta-se de forma ascendente, sendo que dos dez milhões de novos casos anuais estimados, mais da metade das pessoas acometidas encontram-se nos países em desenvolvimento [1].

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), fatores como a urbanização e a maior expectativa de vida da população são fatores que contribuem de forma importante para o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, já que além de contribuírem para o aumento da incidência de agentes cancerígenos ambientais, favorecem uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a estes fatores [2].

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que no ano de 2008 sejam diagnosticados 466.730 novos casos de câncer na população brasileira [3]. A alta incidência da doença é acompanhada de altas taxas de mortalidade, principalmente em países em desenvolvimento, nos quais o acesso da população aos serviços de saúde é deficitário, resultando em grande número de diagnósticos tardios, impossibilitando que tratamentos com objetivos curativos sejam administrados, sendo a atuação de uma equipe multiprofissional essencial para uma assistência efetiva a pacientes e seus familiares [4].

Diante deste cenário, observa-se uma mudança no comportamento dos profissionais da saúde envolvidos no tratamento do paciente oncológico. Antigamente, a preocupação destes profissionais relacionava-se quase que exclusivamente em garantir a sobrevivência dos pacientes. Atualmente, maior atenção passou a ser dada à qualidade de vida dos pacientes nas diversas fases do tratamento oncológico, principalmente considerando-se que mesmo nos casos em que a doença apresenta-se não responsiva às terapêuticas propostas, o paciente permanecerá vivo. Oportunizar uma vida com dignidade e qualidade, torna-se objetivo da equipe de saúde, utilizando-se para isso dos cuidados paliativos [5].

Cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem na assistência ativa e integral à pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, busca-se o controle da dor e outros sintomas e ainda priorizam-se os problemas psicológicos, sociais e espirituais dos doentes. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar uma melhor qualidade de vida ao doente e seus familiares [6].

O fisioterapeuta desempenha um importante papel na equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento dos indivíduos acometidos pelo câncer em todas as fases da doença. Interesse especial tem sido dispensado a importância da atuação do fisioterapeuta junto aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas e que são beneficiados pelos cuidados paliativos.

Apesar da atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos ser uma prática recente e ainda pouco conhecida, a necessidade de ampliação da atuação deste profis-

sional junto a estes pacientes torna-se evidente se considerarmos as disfunções por eles apresentadas quando a doença apresenta-se em estágios avançados, fora de possibilidades terapêuticas. Os pacientes em cuidados paliativos têm alta prevalência de dor, cansaço, fraqueza generalizada, dispnéia, delírios, náuseas, vômitos, depressão, ansiedade, além de limitações físicas, como consequência da progressão do câncer, imobilismo no leito, cirurgias e outros tratamentos complexos [7].

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de disfunções referidas pelos pacientes com câncer avançado, possibilitando a identificação do papel do fisioterapeuta na assistência paliativa a pacientes e seus familiares.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, no qual se investigou as principais disfunções físico-funcionais referidas por 50 pacientes portadores de qualquer tipo de câncer em fase avançada, internados na enfermaria do Serviço de Oncologia do Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (NHU-MS), no período de setembro a outubro de 2003. Os pacientes foram convidados a participar como voluntários da pesquisa, após elucidação dos métodos e objetivos, aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução CNS 196/96.

Foram incluídos no estudo os pacientes que apresentassem capacidade de compreensão para responder às questões contidas no instrumento de coleta de dados.

Para realização desta investigação foi elaborado um questionário semi-estruturado por meio do qual se investigou variáveis sócio-demográficas como: idade, sexo, etnia e procedência; questões relacionadas à patologia (tipo de câncer, modalidades terapêuticas e efeitos colaterais).

No momento da entrevista, os pacientes foram questionados sobre qual seria sua queixa principal, sendo considerada a primeira resposta dada pelo paciente. Investigou-se a presença de disfunções físico-funcionais decorrentes da patologia, do tratamento ou do período de internação. Para isso, os pesquisadores questionaram o paciente sobre a presença das seguintes condições: dor, alterações respiratórias (dispnéia, acúmulo de secreção, presença de tosse e dificuldade para respirar), incapacidade funcional (dificuldade para realização de funções relacionadas às AVDs), dificuldade de movimento (dor, diminuição de força muscular, rigidez articular), dor em pontos de pressão e alterações circulatórias (presença de edemas, linfedemas, alteração da temperatura, sensação de peso nos membros inferiores). Todas as condições foram explicadas de forma que o paciente identificasse sua presença ou ausência no momento da entrevista.

Para investigação da intensidade da dificuldade ou impossibilidade para execução de atividades de vida diária (AVDs), solicitou-se ao paciente que realizasse sem auxílio as seguintes

atividades: mudar-se de decúbito na cama (supino para lateral), sentar-se na cama, passar para a posição ortostática, agachar-se, andar e sentar-se no vaso sanitário, falar, pentear os cabelos e segurar objetos. Após a realização das atividades, o paciente era questionado quanto à intensidade de dificuldade percebida, sendo classificada em pouca, muita ou não realiza. A intensidade de dificuldade percebida na realização das atividades como tomar banho, alimentar-se, vestir-se e calçar sapatos foram apenas questionadas ao paciente, não sendo realizadas as atividades no momento da entrevista como as demais.

Os pacientes incluídos neste estudo foram questionados ainda quanto ao apoio recebido por seus familiares durante o processo de adoecimento, sendo classificado em excessivo, ideal ou insuficiente.

Os dados coletados foram analisados pelo software Bio-Estat 2.0, para fins de tratamento estatístico por meio de estatística descritiva.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Resultados

Foram incluídos neste estudo 50 indivíduos, sendo 52% do sexo feminino. A idade média observada foi de 54,2 anos \pm 15,88 (média \pm desvio padrão da média). Em relação à raça, 74% dos entrevistados eram da raça branca, 16% pardos e 10% negros. A maioria dos indivíduos entrevistados residia na capital do Estado de Mato Grosso do Sul (MS) (66%), enquanto que 28% eram procedentes de cidades do interior do Estado e 6% procedentes de outros Estados.

Quando investigados os hábitos de vida, observou-se que previamente ao aparecimento do câncer, 54% dos entrevistados eram sedentários, 40% tabagistas e 32% etilistas.

Os tipos de cânceres mais frequentes foram aqueles da região da cabeça e pescoço (30%), seguidos pela leucemia (16%), câncer ginecológico (14%) e outros de menor ocorrência, como pele, pulmão, próstata, entre outros.

Entre as principais queixas apresentadas pelos pesquisados, foram citadas: dor (50%); alterações respiratórias (12%); mal-estar, cefaléia, fraqueza e dificuldade de comunicação (ambos com 4%). Aqueles que não relataram queixas representaram 2%.

Ao investigar as principais formas de tratamento clínico, as quais os entrevistados haviam sido submetidos em decorrência do câncer, verificou-se a prevalência do tratamento medicamentoso (88%), seguido por cirúrgico (50%), quimioterapia (24%), e radioterapia (20%). Os efeitos colaterais a estes tratamentos mais relatados foram: tontura (62%), cefaléia (46%), sudorese (46%), hiperemese (38%), náuseas (36%) e taquicardia (26%), e ainda em menor frequência problemas como diarreia, hipertermia e fadiga.

As principais alterações físico-funcionais apresentadas pelos indivíduos incluídos neste estudo estão descritas na Tabela I.

Tabela I - *Frequência de disfunções físico-funcionais em pacientes oncológicos.*

Alteração	Freqüência n	Porcentagem (%)
Dor	35	70
Dificuldade de movimento	29	58
Alterações circulatórias	24	48
Alterações respiratórias	24	48
Sensibilidade nos pontos de pressão	16	32

Investigou-se ainda a intensidade de dificuldade para a realização de atividades de vida diária. Os resultados estão descritos na Tabela II.

Tabela II - *Frequência da intensidade para realização de atividades de vida diária por pacientes oncológicos.*

Atividade	Intensidade					
	Pouca		Muita		Não realiza	
	n	%	n	%	n	%
Sentar-se	4	30,8	6	46,2	3	23
Levantar-se	5	41,5	6	50	1	8,5
Abaixar-se	7	36,8	9	47,4	3	15,8
Mudar de decúbito	7	53,8	3	23,1	3	23,1
Andar	4	26,6		66,7	1	6,7
Ir ao banheiro	6	42,8	5	35,7	3	21,5
Tomar banho	7	46,6	6	40	2	13,4
Vestir-se	6	50	5	41,5	1	8,5
Calçar os sapatos	6	42,8	3	21,5	5	35,7
Pentear os cabelos	6	60	2	20	2	20
Falar	6	40	9	60	0	0
Alimentar-se	8	57	6	43	0	0
Segurar objetos	6	86	1	14	0	0

Outro fator investigado foi a percepção do paciente em relação ao apoio recebido de seus familiares, 36% dos pacientes consideraram o apoio recebido como ideal, 10% consideraram o apoio excessivo e, para 4%, o apoio foi insuficiente.

Discussão

Existem aproximadamente 200 tipos de câncer, muitos deles curáveis quando detectados precocemente [8]. Entretanto, na maioria dos casos, a doença é diagnosticada em estágio avançado, reduzindo as chances de cura da doença e expondo o paciente a tratamentos agressivos, com efeitos secundários que causam prejuízos físicos, funcionais e emocionais [9].

Acredita-se que em países em desenvolvimento apenas 30 a 40% dos pacientes com câncer alcancem a cura da doença, principalmente devido à sua fase avançada no momento do diagnóstico [10]. Desta forma, quando a doença apresenta-se

em fase progressiva, irreversível e não responsiva aos tratamentos propostos, o paciente é considerado fora de possibilidades terapêuticas e os cuidados prestados ao paciente deixam de ser curativos e passam a ter objetivos paliativos [11].

Quando se encontram fora de possibilidades terapêuticas, as pessoas geralmente confinadas ao leito têm um árduo caminho a percorrer até sua morte, este caminho na maioria das vezes é repleto de obstáculos como dor, incapacidades, dependência, depressão e sofrimento. Os cuidados paliativos são definidos como a atuação de uma equipe multiprofissional que presta cuidado integral ao paciente e sua família quando a cura deixa de ser o objetivo da terapêutica específica, promovem o cuidado no fim da vida de pacientes com o objetivo do controle de sintomas e melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares [5,12].

Marcucci [13] enfatiza que os cuidados paliativos devem ser administrados por uma equipe multiprofissional, já que nenhum dos profissionais da saúde é capaz de corresponder a todas as necessidades do tratamento desses pacientes. Em relação ao papel do fisioterapeuta na assistência paliativa de pacientes oncológicos, a literatura ainda é escassa especialmente no que se refere à experiências no Brasil, sendo a identificação das principais disfunções físico-funcionais apresentadas por estes pacientes, bem como as possibilidades de uma atuação efetiva do fisioterapeuta no seu cuidado de suma importância para a ampliação da atenção fisioterápica em cancerologia.. Para isso, participaram deste estudo 50 voluntários portadores de câncer, considerados fora de possibilidades terapêuticas, internados na enfermaria do serviço de oncologia de um hospital universitário.

Observou-se que a idade média dos pacientes incluídos neste estudo foi superior a 50 anos, o que sugere que pessoas com idades mais avançadas apresentam maiores riscos de desenvolvimento de um câncer, isto se deve principalmente ao maior período de exposição a agentes cancerígenos, como por exemplo, o fumo [2]. Vale ressaltar que além de estarem mais propensos ao desenvolvimento do câncer, os indivíduos mais idosos apresentam maior frequência de co-morbidades e conseqüentemente são os mais acometidos pelas inaptidões [14].

O diagnóstico do câncer gera no paciente, sentimentos de angústia, medo e ansiedade e a capacidade de elaborar o adoecer depende do seu nível de ajustamento emocional, do momento que está passando em sua vida, da presença de familiares e amigos que o apoiem emocionalmente e da doença propriamente dita [15,16]. Ante isto, verificou-se a percepção dos pacientes frente ao apoio recebido durante o curso da doença. Os familiares dos pacientes com câncer apresentam comportamentos variáveis, que vão desde o cuidado exagerado – o que muitas vezes restringe o paciente desnecessariamente, quando ainda são capazes de realizar tarefas de forma satisfatória e independente [13] –, até a indiferença quanto à gravidade da doença, o que pode gerar no paciente a sensação de ser um peso para seus familiares. A família dos pacientes deve ser incluída na programação dos cuidados

paliativos, já que o objetivo dos mesmos é centrado no alívio do sofrimento dos pacientes e suas famílias, considerando-se os aspectos físico-funcionais, emocionais, sociais e espirituais [12]. O cuidado paliativo ajuda a família na transição, freqüentemente temerosa, da saúde para a doença e então para a morte e perda [12,17]. Alguns familiares participam ativamente no programa de cuidados paliativos, dispondose a ensinar, aprender e trabalhar como parte integrante da equipe [18,19].

A atuação do profissional fisioterapeuta é parte importante na equipe de cuidados paliativos e, como outros membros da equipe, tem como objetivo melhorar as funções dos pacientes e auxiliar no controle dos sintomas [20,21]. Segundo Gerber [14], é essencial que o fisioterapeuta que atuará nos cuidados paliativos avalie criticamente os recursos fisioterapêuticos disponíveis para atuar nas diversas condições passíveis de ocorrência no decorrer da doença.

Entre as principais queixas apresentadas pelos pacientes pesquisados, observou-se a prevalência de diversas condições, que podem ser desencadeadas tanto pela doença como pelo tratamento administrado. A dor é sem dúvida, o maior e mais significativo problema que impacta a qualidade de vida dos pacientes oncológicos [10]. A dor oncológica pode variar quanto a sua forma e severidade e por ser um sintoma subjetivo, deve-se valorizar a auto-avaliação da dor por parte do paciente, já que no seu tratamento devem ser considerados não só os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais. Em estudo anterior, a dor é descrita como um sintoma altamente prevalente, aproximadamente 70% dos pacientes com câncer em fase avançada apresentarão algum tipo de dor [22], dados idênticos aos encontrados neste estudo, no qual se verificou a mesma prevalência de dor entre os pacientes estudados. A dor pode ser interferida pela atuação do fisioterapeuta [23]. O uso de modalidades como cinesioterapia, crioterapia, eletroterapia e recursos terapêuticos manuais como a massoterapia podem ser administrados junto ao leito do paciente e proporcionam redução da dor [24]. O uso de técnicas fisioterápicas pode diminuir a necessidade por medicamentos analgésicos [7,22].

Qualquer estratégia terapêutica desenvolvida para pacientes que experimentam dor no câncer depende das metas dos cuidados que podem ser amplamente utilizadas, como prolongamento da sobrevida, maior conforto e manutenção da qualidade de vida. Combinando tratamentos primários, agentes analgésicos sistêmicos e outras técnicas, a maioria dos pacientes com câncer pode alcançar alívio satisfatório da dor [23].

A equipe multidisciplinar deve ser composta de indivíduos diversamente treinados, com uma meta comum de melhorar a qualidade de vida do paciente [12,25]. A garantia do controle da dor é crucial no processo reabilitativo, pois sem este, as chances de uma maior independência do paciente em relação à família são limitadas. Um tratamento analgésico efetivo normalmente provê conforto e permite aos pacientes a permanecerem lúcidos o bastante para se comunicarem [23].

O foco e as metas da fisioterapia oncológica tradicional são, em parte, diferentes do foco e metas para doentes fora de possibilidades terapêuticas, já que é improvável que a fisioterapia restabeleça estes pacientes a um nível de pré-morbidade, mas pode promover um grau razoável de independência e qualidade de vida pelo maior tempo possível [7].

A permanência prolongada no leito pode desencadear a síndrome do imobilismo, que acarreta prejuízos importantes à funcionalidade do paciente. Podem ser encontradas nestes pacientes disfunções como diminuição da amplitude de movimento e força muscular, astenia, fadiga, desenvolvimento de contraturas e deformidades ósseas, inaptidão para a realização de tarefas rotineiras como as de higiene pessoal e alimentação e, além disso, o imobilismo pode contribuir para a instalação e/ou agravamento da dor [26]. Marcucci [13], em seu estudo de revisão, sugere que mudanças podem ocorrer em curtos períodos de tempo. Após uma semana de desuso, já podem ser observadas alterações teciduais como aumento das cisternas do retículo sarcoplasmático, desalinhamento dos sarcômeros e redução dos tecidos contráteis.

A prevenção de tais mudanças deve ser priorizada, com uma intervenção precoce do fisioterapeuta junto aos pacientes acamados, vale lembrar que a abordagem fisioterapêutica nos cuidados paliativos não deve objetivar apenas o controle dos sintomas, mas também a prevenção de disfunções passíveis de ocorrência durante o curso da doença [13].

Dentre as estratégias fisioterapêuticas adotadas, destacam-se técnicas como a cinesioterapia que, através de mobilizações passivas, ativo-assistidas e/ou ativas, freqüentemente provêm conforto e previnem a instalação de complicações decorridas da imobilidade. Alguns cuidados devem ser observados neste processo, como a execução das mobilizações, que devem ser executadas lentamente, as articulações não devem ser mobilizadas além do limite articular individual e deve-se atentar para os sinais de fadiga ao esforço apresentados pelo paciente, pois dependendo do estado geral do mesmo, a fadiga é alcançada rapidamente, levando o paciente à exaustão [27,28].

Recursos manuais como a massoterapia, também são amplamente utilizados e bem aceitos pelos pacientes, além do contato físico, promover sensações de conforto e cuidado, a massagem clássica promove o relaxamento muscular. O efeito da massoterapia é essencialmente mecânico, segundo a revisão realizada por Sampaio, Moura e Resende [29]; a pressão comprime os tecidos moles e estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar. A manobra de estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular.

Outra modalidade que pode auxiliar na manutenção e/ou restauração das condições osteomioarticulares é a eletroterapia. A escolha dos recursos eletroterápicos dependerá de fatores como o objetivo da terapia e condições do paciente, para isso é usual a aplicação de eletro-estimulação transcutânea (TENS), corrente interferencial, estimulação elétrica funcional (FES) e corrente russa. Os efeitos destas modali-

dades incluem analgesia, relaxamento muscular, estimulação muscular, propriocepção e reforço muscular.

A ocorrência de condições como edema e linfedema se dá, na maioria das vezes, secundariamente à linfadenectomia, radioterapia, compressão tumoral e longos períodos acamados, sendo os membros inferiores e superiores as regiões de maior acometimento pelas disfunções do sistema venoso-linfático [30,31]. Como possibilidades terapêuticas, o fisioterapeuta tem à sua disposição a drenagem linfática manual, que é a modalidade terapêutica de escolha frente a quadros de edemas e linfedemas, conjuntamente a medidas como enfaixamento compressivo funcional, posicionamento adequado e realização de exercícios e mobilizações são indicadas para estímulo do retorno venoso-linfático [7].

Pela evolução da patologia e pelas dificuldades físico-funcionais apresentadas pelos pacientes, muitos permanecem acamados por longos períodos, muitas vezes em um determinado decúbito, que geralmente é aquele que o paciente melhor tolera. Isto torna o paciente mais propenso a apresentar algias nos pontos de maior pressão do decúbito adotado e posteriormente o aparecimento de úlceras de pressão [13]. No presente estudo, os pacientes entrevistados não apresentavam úlceras de pressão, entretanto 32% dos pacientes referiram que os pontos de pressão estavam sensíveis e doloridos. Estas dores podem ser evitadas através da adoção de posicionamento adequado e mudanças de decúbitos regulares que proverão o conforto, o alívio ou a eliminação das dores [32].

Outro aspecto de grande importância é a função pulmonar do paciente oncológico, sua respiração deveria ser livre, efetiva e tranquila. Com a mecânica respiratória alterada, o paciente torna-se mais propenso a fadiga e à instalação de patologias pulmonares [15,23]. Freqüentemente são utilizados procedimentos que objetivam fortalecimento muscular, expansão pulmonar e, dependendo dos casos, desobstrução brônquica para a manutenção de uma oxigenação tecidual adequada.

Entre as disfunções pulmonares, a dispnéia é a mais freqüentemente relatada pelos pacientes. Esta condição pode não estar diretamente relacionada com a severidade do quadro clínico e é considerada uma sensação subjetiva de falta de ar [30] e, muitas vezes, pode ser reduzida com programas de exercícios ativos e localizados para aumento da capacidade vital pulmonar e melhora das trocas gasosas. O fisioterapeuta poderá utilizar-se ainda de procedimentos respiratórios paliativos como: vibrações torácicas, posicionamento, drenagem postural, manobras que aumentem o fluxo expiratório, estímulo da tosse, entre outros a fim de manter as vias respiratórias pérvias [13,33].

A presença de limitações funcionais e incapacidades na realização das AVDs nos pacientes incluídos neste estudo sugerem que o fisioterapeuta deve ter uma visão holística no planejamento de suas ações, sua atuação deve ir além da aplicação de técnicas, sua presença deve ser um estímulo constante a melhoria das co-morbidades vivenciadas pelos pacientes em sua finitude.

Atualmente, o fato de que um diagnóstico físico-funcional bem conduzido, seguido da aplicação de recursos fisioterapêuticos adequados, resulte em melhora funcional, minimização de queixas subjetivas e ganho na qualidade de vida do paciente oncológico, parece ser bem aceito pela comunidade científica. O aumento de publicações científicas sobre o tema, certamente favorecerão a ampliação da atuação do fisioterapeuta na assistência paliativa, atuação esta essencial para uma abordagem holística do paciente, considerando-se que este profissional possui conhecimentos específicos, capazes de prevenir, minimizar e recuperar as disfunções de ordem físico-funcionais, propiciando ao paciente, maiores níveis de independência para a realização de suas atividades de vida diária, contribuindo ainda para um melhor enfrentamento do processo de adoecimento pelo paciente e seus familiares.

Conclusão

Os pacientes incluídos neste estudo apresentaram alta prevalência de disfunções físico-funcionais como: dor, dificuldade de movimento, alterações circulatórias e respiratórias, além de consideráveis graus de dificuldade para a realização de suas AVDs.

As condições referidas pelos pacientes são passíveis de prevenção e minimização por meio de técnicas fisioterapêuticas direcionadas para a manutenção da função respiratória, analgesia, manutenção das AVDs, minimização dos efeitos do imobilismo e relaxamento, sendo estas as necessidades mais freqüentes, considerando-se as disfunções físico-funcionais dos pacientes incluídos neste estudo, tendo o fisioterapeuta um importante papel na assistência paliativa de pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Referências

- Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer* 2001;37(8):S4-66.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
- Corrêa PH, Shibuya E. Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol* 2007;53(3):317-23.
- Williams MA, Wheeler MS. Palliative care: what is it?. *Home Health Nurse* 2001; 19(9):551-6.
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva: WHO; 1990.
- Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer* 2001; 92:1049-52.
- Núcleo de apoio ao paciente com câncer. O que você precisa saber sobre o câncer? .Revista do paciente oncológico: Educando para ter saúde; 2007. [citado 2008 Fev 24]. Disponível em: URL: http://www.napacan.org.br/Revista_do_paciente_Oncologico_2007.pdf
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
- Restrepo MH. Cuidado paliativo: Una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. *Rev Persona y Bioética* [online] 2005 [citado 2008 Mai 30];2(25):6-45. Disponível em: URL: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/355/519>
- Roncarati R, Camargo RMP, Rossetto EG, Matsuo T. Cuidados paliativos num Hospital Universitário de assistência terciária: uma necessidade?. *Semina Cienc Biol Saude* 2003;24:37-48.
- Melvin TA. The primary care physician and palliative care. *Prim Care* 2001; 28(2): 239-49.
- Marcucci FCI. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(1):67-77.
- Gerber LH. Cancer rehabilitation into the future. *Cancer* 2001;92(4):975-9.
- Citero VA, Andreoli SB, Martins LAN, Lourenço MT. Interconsulta psiquiátrica e oncologia: interface em revisão. UNIFESP [online] 2003. [citado 2003 Ago 10]. Disponível em: URL: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial01.htm>
- Cardenaz CP. Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Oncol* 2000;16(3):58-62.
- Singer PA, Bowman KW. Quality end-of-life care: a global perspective. *BMC Palliat care* 2002;1(1):4.
- Shanks R. Physiotherapy in palliative care. *Physiotherapy* 1982;68(12):405-7.
- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin* 2001;51:213-31.
- Silva RCF. Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- Bruera E. Palliative care. *CA Cancer J Clin* 2000;50:68-9.
- Marcant D, Rapin CH. Role of physiotherapist in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 1993;8(2):68-71.
- Cherney NI. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2000;50:70-116.
- Gamble GL, Kinney CL, Brown PS, Maloney FP. Cardiovascular, pulmonary, and cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 1990;71:248-51.
- Byock I. Completing the continuum of cancer care: integrating life-prolongation and palliation. *CA Cancer J Clin* 2000;50:123-32.
- Raposo AC, López RFA. Efeitos da imobilização prolongada e atividade física. *Revista Digital EF y Deportes* 2002. [citado 2008 Jan 25]. Disponível em: URL: <http://www.efdeportes.com/efd50/efeitos.htm>
- Barnes EA, Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer: a review. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:424-8.
- Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Manole; 1998.
- Sampaio LR, Moura CV, Resende RA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol* 2005;51(4):339-46.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. *Rev Bras Cancerol* 2002;48(2):191-211.
- Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, de Lateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG. Cancer rehabilitation: assessment of need, development and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil* 1978;59:410-9.
- McCulloch JM. The role of physiotherapy in managing patients with wounds. *J Wound Care* 1998;7(5):241-4.
- Rashleigh L. Physiotherapy in palliative oncology. *Aust Physiother* 1996;42(4): 307-12.