



Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 02/09/2019

Data de Aprovação: 06/09/2019

PONTO DE VISTA

O que o fisioterapeuta pode fazer pela criança em cuidados paliativos?

What can the physiotherapist do for the child in palliative care?

José Luis Rodrigues Barbosa^{1,2}, Simone Brasil de Oliveira Iglesias^{3,4}

Palavras-chave:

criança,
cuidados paliativos,
fisioterapeutas,
qualidade de vida.

Resumo

A Organização Mundial da Saúde define os Cuidados Paliativos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida”. O fisioterapeuta em cuidados paliativos visa a melhora da qualidade de vida e do convívio social por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade.

Keywords:

child,
palliative care,
physical therapists,
quality of life.

Abstract

The World Health Organization defines Palliative Care as “an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families facing problems associated with life-threatening diseases”. The physiotherapist in palliative care aims to improve the quality of life and social life through behaviors that functionally rehabilitate the patient, as well as assisting the caregiver to cope with the rapid advance of the disease.

¹ Hospital São Paulo - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrico e Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e Adolescente - São Paulo - São Paulo - Brasil.

² Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), Setor de Fisioterapia Aquática - São Paulo - São Paulo - Brasil.

³ Hospital São Paulo - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Grupo de Bioética e Cuidados Paliativos - Departamento de Pediatria - São Paulo - São Paulo - Brasil.

⁴ Instituto da Criança - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, Unidade de Dor e Cuidados Paliativos - Pediatria - Médica voluntária - São Paulo - São Paulo - Brasil.

Endereço para correspondência:

Simone Brasil de Oliveira Iglesias.

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/EPM - Departamento de Pediatria. Rua Botucatu, nº 598, Vila Clementino. São Paulo - SP. Brasil. CEP: 04023-062. E-mail: brasiglesiasp@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos na Pediatria trouxeram grandes avanços em todas as especialidades, como na Neonatologia, na qual os recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresentam taxas de sobrevivência cada vez maiores, e na Oncologia, em que surgem novas formas terapêuticas permitindo a redução na mortalidade das crianças com câncer¹.

Entretanto, os pesquisadores estão observando uma crescente prevalência de doenças crônicas, degenerativas e oncológicas entre as crianças em todo o mundo². Tais processos, em crianças com doenças complexas ou incuráveis, com risco de vida ou condições limitantes, provocam a necessidade de frequentes hospitalizações, consultas e exames, constituindo um grande desafio para as autoridades de saúde em muitos países^{3,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais”⁵.

Os CP se aplicam a seis condições: crianças nas quais o tratamento curativo é possível, mas pode falhar; crianças que necessitam de tratamento intensivo a longo prazo; crianças para as quais não há esperança de melhora, sendo o objetivo do tratamento totalmente paliativo e com duração provável de anos; crianças com dano neurológico grave, levando a uma maior vulnerabilidade e complicações; recém-nascidos com expectativa de vida limitada e familiares de crianças que sofreram algum trauma, morte súbita do bebê ou morte precoce do recém-nascido⁶.

Os CP não se limitam às unidades especializadas, mas são realizados em diversos locais, incluindo as enfermarias de internação, clínicas e atendimentos domiciliares. O fisioterapeuta cuida da criança durante todas as fases da terapia, podendo atuar desde o hospital até a casa da criança, dependendo das necessidades e condições clínicas do paciente. Assim, as crianças evitam o isolamento e os pais podem manter seu estilo de vida normalmente, sendo reconhecidos como parte integrante da equipe de cuidados paliativos^{7,8}.

Estudos demonstram que a fisioterapia em CP visa a melhora da qualidade de vida e do convívio social por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade e é eficaz na abordagem de muitos sintomas associados a condições paliativas, incluindo fadiga relacionada ao câncer, dor, falta de apetite, depressão, dispnéia e hipersecreção pulmonar⁹⁻¹².

As crianças se entediam facilmente e, para o fisioterapeuta atingir suas metas, é necessário um tratamento lúdico. Os procedimentos fisioterapêuticos devem ser adaptados para a faixa etária em que a criança se encontra e visam,

principalmente, retardar a evolução clínica e prevenir complicações secundárias¹³.

DOR

A dor é um dos sintomas mais comuns vividos pela criança que recebe CP¹⁴. Ocorre em indivíduos que vivenciam uma série de desconfortos de caráter físico, psíquico, social e espiritual, tais como lesões cutâneas, odores desagradáveis, anorexia, insônia, fadiga, luto antecipado, depressão, entre outros, e deve ser controlada, pois gera incapacidade nos indivíduos, independentemente da doença de base^{15,16}.

Utilizar recursos manuais, meios físicos e ortóticos minimiza a percepção sintomática da dor. Dentre as modalidades fisioterapêuticas, podemos citar:

- Cinesioterapia: se utiliza de movimentos como forma de tratamento, a partir de movimentos que proporcionam a mobilidade, a flexibilidade muscular, a coordenação, o aumento da força muscular e a resistência à fadiga.
- Eletroterapia: consiste na utilização de corrente elétrica através de eletrodos que são aplicados diretamente na pele com finalidades terapêuticas promovendo analgesia, resultando na ativação do sistema supressor da dor e produzindo uma sensação que interfira na sua percepção.
- Termoterapia: é uma modalidade que possibilita a vasodilatação, o relaxamento muscular, a melhora do metabolismo e circulação local, a extensibilidade dos tecidos moles, a alteração de propriedades viscoelásticas teciduais e a redução da inflamação. Vale ressaltar que a termoterapia superficial com calor está contraindicada, quando aplicada diretamente sobre áreas tumorais.
- Massoterapia: consiste em uma série de técnicas de massagens, que pode induzir uma resposta de relaxamento, um aumento da circulação sanguínea e linfática, potencializa os efeitos analgésicos, aumenta a liberação endógena de endorfina e estímulos sensoriais concorrentes que substituem os sinais de dor. Estudos sugerem que a massagem demonstra ter efeitos benéficos na dor e no humor entre pacientes com câncer avançado.

Tais recursos podem ser utilizados em associação: acupuntura, técnicas de relaxamento e respiração¹⁷⁻¹⁹.

MOBILIDADE FUNCIONAL

O declínio funcional é comum em pacientes que lidam com doenças sistêmicas avançadas ou em estágio terminal. Identificar a causa do declínio funcional é útil para determinar o prognóstico da recuperação funcional²⁰.

No entanto, muitos pacientes em CP são desnecessariamente restritos pelos familiares, cuidadores e até mesmo por profissionais da saúde, quando ainda são capazes de realizar suas atividades e de ter independência. A reinserção do paciente em suas atividades de vida diária restaura a vontade de viver e a dignidade^{21,22}.

ADAPTAÇÕES

As adaptações, o uso de órteses e auxiliares da marcha muitas vezes são indicados para favorecer o paciente uma maior funcionalidade, autonomia e diminuir a percepção da dor. Esses tipos de dispositivos que podem ser utilizados definitivamente ou não, pois seu uso tem por objetivo alinhar, prevenir e/ou corrigir possíveis deformidades, permitindo ao paciente maior funcionalidade do membro e a preservação de sua mobilidade e autonomia^{12,23}.

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Pacientes restritos ao leito apresentam acúmulo de secreção pulmonar devido à diminuição da movimentação do transporte mucociliar e enfraquecimento da tosse²⁴.

Alterações pulmonares como a dispneia, a atelectasia, o acúmulo de secreções e outros sintomas ou complicações ventilatórias podem ser prevenidos, tratados ou aliviados, por meio da fisioterapia respiratória, ou seja, padrões ventilatórios e conscientização diafragmática, manobras desobstrutivas de vias aéreas, manobras re-expansivas, orientação postural, técnicas de relaxamento, oxigenoterapia, ventilação não invasiva com pressão positiva²⁵.

A ventilação não invasiva com pressão positiva pode ser utilizada em pacientes com insuficiência ventilatória em três contextos: como um suporte de vida que não limita as outras abordagens de cura; suporte de vida quando pacientes e familiares decidiram pela não intubação endotraqueal; como uma medida paliativa quando pacientes e familiares decidiram por evitar todo o suporte de vida, recebendo apenas medidas de conforto²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, pouco se sabe sobre experiências, crenças, e conhecimentos sobre CP entre os fisioterapeutas no Brasil, ainda mais quando se trata de cuidados paliativos pediátricos (CPP). Embora políticas e serviços de CPP tenham sido desenvolvidos, as pesquisas nessa área continuam em atraso.

Devido ao potencial benefício da inserção da fisioterapia nos CP, é necessário difundir aos fisioterapeutas a discussão de temas relacionados à humanização, morte, CP e a realização de maiores investigações/estudos na área da Pediatria para otimizar a atuação deste profissional nos processos e assim corroborar com o tratamento multiprofissional e integrado necessário para o atendimento das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. [Internet]. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2011 [acesso 18 Jul 2013];23(1):78-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000100013&script=sci_abstract&tlng=pt
2. American Academy of Pediatrics - Section on Hospice and Palliative Medicine and Committee on Hospital Care. Pediatric palliative care and hospice care commitments, guidelines, and recommendations. Pediatrics. 2013;132(5):966-72. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/132/5/966>
3. Ogelby M, Goldstein RD. Interdisciplinary care: using your team. Pediatr Clin North Am. 2014;61(4):823-34.
4. EAPC Taskforce for Palliative Care in Children. (2009). Palliative care for infants, children and young people: The facts. Roma: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. Disponível em: http://www.palliative.lv/wp-content/uploads/2013/01/The_Fact.pdf
5. World Health Organization (WHO). Palliative care fact sheet. Geneva: WHO: 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Kane JR, Himelstein BP. Palliative care in pediatrics. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, eds. Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1044-61.
7. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, eds. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2015.
8. Savio C, Garaventa A, Gremmo M, Camoriano R, Manfredini L, Fieramosca S, et al. Feasibility of integrated home/hospital physiotherapeutic support for children with cancer. Support Care Cancer. 2007;15(1):101-4.
9. Buss T, de Walden-Gałusko K, Modlińska A, Osowicka M, Lichodziejewska-Niemierko M, Janiszewska J. Kinesiotherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patients— An experimental, controlled study. Support Care Cancer. 2010;18(6):743-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0709-0>
10. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. Support Care Cancer. 2017;25(9):2899-908.
11. Hately J, Laurence V, Scott A, Baker R, Thomas P. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. Palliat Med. 2003;17(5):410-7.
12. Florentino DM, Sousa FRA, Maiworn AI, Carvalho ACA, Silva KM. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2012;11(2):50-7.
13. da Silva SRN, Fagundes SL. Atualização do tratamento fisioterapêutico das distrofias musculares de Duchenne e de Becker. Rev Bras Promoç Saúde. 2015;18(1):41-9.
14. Ayer R, coord. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf
15. Pimenta CAM. Dor oncológica: bases para a avaliação e tratamento. Mundo Saúde (1995). 2003;27(1):98-110.
16. Hennemann-Krause L. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. Rev Hosp Pedro Ernesto. 2012;11(2):26-31.
17. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. Rev Bras Cancerol. 2005;51(4):339-46.

18. Castillo Acevedo RC, Pino Molina D. Determinación de necesidades de intervención kinésica en la atención domiciliar de la unidad del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional del Cáncer [Tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2004. Disponível em: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110593>
19. Kutner JS, Smith MC, Corbin L, Hemphill L, Benton K, Mellis BK, et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2008;149(6):369-79. DOI: 10.7326/0003-4819-149-6-200809160-00003
20. Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(6):889-96.
21. Oldervoll LM, Loge JH, Paltiel H, Asp MB, Vidvei U, Wiken AN, et al. The effect of a physical exercise program in palliative care: A phase II study. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(5):421-30.
22. Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ, eds. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization Europe. 2011. 72 p. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
23. Seymour R. *Prosthetics and Orthotics: Lower Limb and Spinal*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 337-427.
24. Marcucci FCI. O papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(1):67-77.
25. Paião RCN, Dias LIN. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. *Ensaio Ciênc Biol Agrárias Saúde*. 2012;16(4):153-69.
26. Curtis JR, Cook DJ, Sinuff T, White DB, Hill N, Keenan SP, et al.; Society of Critical Care Medicine Palliative Noninvasive Positive Ventilation Task Force. Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: understanding the goals of therapy. *Crit Care Med*. 2007;35(3):932-9.