

Roselaine Calixto de Souza Alves

*Centro Universitário Lusiada (UNILUS),
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.*

*Fisioterapeuta Especialista em
Fisioterapia Neurofuncional.
calixto.fisio@hotmail.com*

Kelly Vicentina da Cruz Gil

*Fisioterapeuta pela Faculdade do Clube Náutico Mogiano
kvcgil@gmail.com*

A ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA AO PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO POR SERVIÇO DE CUIDADO PALIATIVO E DOR – REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

O Cuidado Paliativo é definido como a assistência oferecida por equipe interdisciplinar com intuito de oferecer melhor qualidade de vida ao paciente com doença avançada ou terminal e seus familiares através de prevenção e alívio do sofrimento baseado em diagnóstico precoce e avaliação criteriosa no tratamento da dor e da sintomatologia biopsicossocial e espiritual. A Fisioterapia Pediátrica como parte atuante dentro da equipe interdisciplinar vai traçar objetivos realistas e viáveis dentro da limitação de cada paciente a fim de trazer benefícios na melhora e no manejo dos sintomas como dor, fadiga, alterações osteomioarticulares buscando oferecer conforto e evitar complicações, com intuito de manter a capacidade funcional, minimizar esforços para realização de atividades de vida diária, enriquecer o cotidiano e, assim resgatando a vida ocupacional, familiar e social da criança. Neste estudo se tem por objetivo forma perspectiva da atuação do fisioterapeuta no atendimento a crianças assistidas pelos Serviços de Cuidados Paliativos e Dor e oferecer proposta de tratamento e principais objetivos a serem alcançados. Espera-se que este estudo possa contribuir com os profissionais de fisioterapia para o melhor atendimento das crianças atendidas em serviços de Cuidados Paliativos e Dor.

Palavras-Chave: Fisioterapia, Cuidados Paliativos, Criança, Pediatria.

ABSTRACT

The Palliative Care is defined as the assistance offered by an interdisciplinary team that aims to offer a better quality of life to patients who have an advanced or terminal disease, as well as offer the same to their family. This occurs through prevention and relief of suffering based on an early diagnosis and a strict evaluation in the treatment of pain, and also in the biopsychosocial and spiritual symptomatology. Pediatric Physiotherapy, as part of the interdisciplinary team, is going to delineate realistic and viable goals considering patient's limitation in order to bring benefits to the symptoms of pain, fatigue, and osteomyoarticular alteration, aiming to offer comfort and avoiding complication. The purpose is to keep functional ability, reduce efforts in daily routine activities, enrich the everyday, and rescue occupational, familiar, and social life of the child. The purpose is also to conclude that the realized research reveals the benefits and good results of Physiotherapy in child's quality of life. This paper was done with a survey of well-known bibliography in the area, in order to review data and knowledge about the physiotherapist action with children that are attended by Palliative Care Service, forming a treatment perspective and main goals to be reached. It is expected that this research be able to contribute to physiotherapy professionals to improve their attendance in Palliative Care services.

Keywords: Physiotherapy, Palliative Care, Child, Pediatrics.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150

Boqueirão, Santos - São Paulo

11050-071

<http://revista.lusiada.br/portal/index.php/ruep>

revista.unilus@lusiada.br

Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

Conceito Hospice

Para entender a filosofia dos Cuidados Paliativos é necessário primeiramente conhecer seu histórico, os Cuidados Paliativos tem origem no Conceito Hospice. O termo Hospice surge volta de 1840, nome dado aos abrigos de peregrinos durante seus percursos, nesses abrigos se cuidava dos enfermos que estavam morrendo. Existem relatos, sendo o mais antigo feito no século V do Hospício do Porto de Roma, no qual a discípula de São Jerônimo, Fabiola, recebia viajantes provenientes da Ásia, África e do Leste. (1,2).

Surgiram no século XVII também algumas instituições de caridade, onde abrigavam órfãos, pobres e doentes que se propagou para organizações católicas e protestantes. Já no século XIX esses locais começaram a tomar características de hospitais, com alas destinadas a indivíduos com tuberculose e/ou câncer, o serviço era realizado por leigos que tinham como objetivo cuidar do espírito e do controle da dor (1,2).

No século XX a enfermeira e assistente social Cecily Saunders, foi trabalhar em um local como este, o St. Lukes' Home localizado em Londres. Conhecendo o propósito desses locais, Cecily ficou inconformada com o sofrimento dos que ali estavam. Tal descontentamento a levou iniciar os estudos em Medicina, formando-se aos 40 anos. Ela se dedicou aos estudos do alívio da dor nos doentes terminais, tornando-se a principal defensora dos cuidados aos pacientes em estado terminal. Em 1967, Cecily fundou em Londres o St Christofer Hospice, dando assistência aos doentes, bem como prosseguindo com estudos e pesquisas com profissionais de vários países, dando início ao novo conceito hospice, hoje conhecido como Movimento Hospice Moderno (2).

Em 1970 juntamente com a psiquiatra norte americana Elizabeth Klüber-Ross levou o conceito para os Estados Unidos propagando o movimento hospice (2).

Cecily Saunders na sua propagação dos movimentos hospice incluiu a presença da enfermagem, da assistente social e a atenção espiritual religiosa, fixando assim a modernização do Movimento Hospice (3).

O primeiro hospice americano foi fundado em Connecticut em 1975, porém foi somente a partir de 1982 através de uma lei americana que o local foi legalizado, passando a se chamar Hospice Care (2). No Brasil, segundo relatos, o primeiro hospice foi na cidade do Rio de Janeiro, em 1944. Esse ficou conhecido como Asilo da Penha e teve muita importância, visto que em certo período o local acolheu pacientes em fase terminal de câncer (3). De acordo com o site Folha de São Paulo (2011) (4), com iniciativa da ONG TUCCA que atende pacientes com câncer, será construído em São Paulo, no bairro de Itaquera em parceria com o Hospital Santa Marcelina, o primeiro Hospice Pediátrico do Brasil.

A modernização do movimento hospice encontra-se em expansão na área da saúde interdisciplinar, podemos dividi-lo em dois momentos, os Cuidados Paliativos que podem ser oferecidos em vários âmbitos e os Cuidados Paliativos oferecidos em Hospice, estes sendo locais específicos para acolher pacientes que estão em fase terminal no curso da doença (3).

Em 1982 a OMS adotou o termo Cuidados Paliativos, tendo em vista que a tradução para Hospice em alguns idiomas não apresentava-se fidedigna (2).

Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos vem se tornando cada vez mais presente no campo da saúde. Por definição, de acordo com o conceito atualizado em 2002 pela OMS, "Cuidados Paliativos consiste na assistência oferecida por equipe interdisciplinar com o intuito de oferecer melhor qualidade de vida ao paciente com doença avançada ou terminal e auxílio a seus familiares, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, baseado em diagnóstico precoce e uma avaliação criteriosa, tratamento da dor e da sintomatologia biopsicossociais e espirituais, podendo ser oferecido juntamente com o tratamento curativo, buscando controlar todos os sintomas e prevenir ou amenizar o sofrimento, respeitando cada paciente em sua necessidade individual" (2,5,6).

Segundo Floriani (2010) (7), a Association for Children's Palliative Care (ACT) em conjunto com o Royal College of Pediatrics and Child Health, define Cuidados Paliativos em Pediatria como "Cuidados para crianças e adolescentes com condições que limitam a vida, é uma abordagem total e ativa que engloba elementos físicos, emocional, social e espiritual. Com foco no aumento da qualidade de vida para as crianças, oferecendo suporte para a família, incluindo controle dos sintomas angustiantes, provisão de substitutos para os cuidados e de cuidado durante a morte e

o luto". Podendo ser atendido em diversos âmbitos: ambulatorial, domiciliar, clínica e hospitalar, afirmando a vida e encarando a morte de maneira natural, sem adiar e nem prolongar o processo da morte (1).

Tendo em vista que o princípio dos Cuidados Paliativos é cuidar, é necessário oferecer ao paciente e aos seus familiares informação a respeito do tratamento com intuito de prevenir e controlar ou melhorar os sintomas que possam vir a aparecer, desmistificando que os Cuidados Paliativos só é oferecido a pacientes que se encontram em fase terminal, suprindo as suas necessidades individuais. Para que isso ocorra é preciso que os profissionais da equipe ouçam o paciente, realizem o diagnóstico antes do início do tratamento terapêutico e só depois iniciem com fundamento a utilizar os recursos químicos e físicos a fim de aliviar os sintomas que mais os incomodam (2).

Esses princípios tornaram-se claros com a publicação da OMS a fim de padronizar, tornado estas regras de ouro, visto que são consideradas fundamentais. Assim, em 09 tópicos se especifica o que rege a filosofia do Cuidado Paliativo. Esses são:

- a) Promover o alívio da dor e de outros sintomas;
- b) Reafirmar a vida e vê a morte como processo natural;
- c) Não pretender antecipar e nem postergar a morte;
- d) Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- e) Oferecer suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente possível, até sua morte;
- f) Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família a se sentir amparado durante todo o processo da doença;
- g) Iniciar precocemente condutas do tratamento, para a melhor compreensão e manejo dos sintomas, utilizando equipe que aborde as necessidades dos pacientes e familiares, incluindo aconselhamento para o luto, se indicado.
- h) Reforçar e aprimorar a qualidade de vida e, também influenciar positivamente o curso da doença.
- i) Ser aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que prolonguem a vida, com quimioterapia e/ou radioterapia, e incluir investigações necessárias para o melhor entendimento e abordagem das complicações clínicas que causam sofrimento (1,2,8).

Seguindo esses princípios, Cicely Saunders criou em 1965 o conceito da Dor Total, sendo considerado como o 5º sinal vital, o qual definiu como o resultado da soma de todas as percepções dentro dos aspectos físicos, emocionais (ansiedade, depressão), sociais (medo da separação, luto antecipado) e espirituais (falta do sentido da vida, religiosidade). Nesse conceito é necessário interpretar a dor não só de forma física, mas, englobando os demais aspectos, considerando que a dor repercute na qualidade de vida dos pacientes e dos familiares, afetando, por exemplo, seu sono, apetite, capacidade de concentração e de relacionamento interpessoal, nisso se dá a importância do trabalho interdisciplinar em Cuidados Paliativos, prestando assistência à totalidade, fazendo com que possamos enxergar o paciente de uma forma sutil no processo de morte, que pode ser um momento de descobertas, reflexões e reconciliações. No entanto, o paciente só poderá usufruir disto se estiver com seus sintomas e seu desconforto controlados, principalmente a dor física. No cuidado ao paciente pediátrico a assistência familiar conforta e diminui os anseios de que a criança não tenha dor. Desta forma é possível que se obtenha o máximo sucesso no cuidado deste paciente (2, 6, 9, 10,11).

Na fase em que o paciente entra nos Cuidados Paliativos, ele ou o familiar comumente checa por diversas vezes as informações recebidas, para que o profissional ofereça informações coerentes, a equipe precisa estar em comunicação constantemente, passando credibilidade e confiança (1,2).

Quando pensamos em Cuidados Paliativos, precisamos ter em mente que receberemos pacientes em diversos estágios da doença, com diferentes doenças, do acometimento leve ao acometimento grave, portanto o suporte ao paciente se dará desde a orientação eventual passando pelo atendimento domiciliar, internação hospitalar até o suporte ao luto (1, 2).

As decisões a serem tomadas por cada profissional dependerá de cada fase que o paciente se encontrar, essas são baseadas em escalas de desempenho que serão importantes para traçar o prognóstico e a atuação interdisciplinar dentro dos Cuidados Paliativos, as avaliações mais utilizadas são: Escala de Desempenho de Karnofsky, tem objetivo de avaliar o desempenho físico do paciente, é classificada por graduação e quanto maior for a graduação, melhor será o desempenho físico do paciente.

Escala de Desempenho de Karnofsky

Graduação	Significado
100	Normal; ausência de queixas; sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais; sinais e sintomas mínimos de doença
80	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas de doença. Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e freqüentes cuidados médicos
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência, autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, indicado hospitalização, embora a morte não seja iminente
20	Muito doente, necessário internação hospitalar e tratamento de suporte. Completamente incapaz de realizar autocuidado. Confinado à cama
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Fonte: OLIVEIRA, RA, Coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008.

Escala de Desempenho de Zubrod, utilizada para mensurar estado geral do paciente, composta por 05 tipos de classificação, sendo o paciente enquadrado de acordo com a avaliação do profissional.

Escala de Desempenho de Zubrod

OBS: comparando com a escala de Karnofsky	
0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90-100%)
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)
2	Capaz de cuidar de si totalmente, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; ambulatorial e não-acamado em mais de 50% do tempo. Ocasionalmente necessita de assistência (Karnofsky 50-60%)
3	Capaz de realizar somente autocuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado. Ambulatorial 50% do tempo ou menos. Cuidados constantes (Karnofsky 30-40%)
4	Completamente incapaz de realizar autocuidados básicos, totalmente confinado ao leito ou à cadeira. Pode necessitar de hospitalização (Karnofsky < 30%).

Fonte: OLIVEIRA, RA, Coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008.

Escala de Atividade de Vida Diária de Katz, tem objetivo de avaliar o desempenho em atividades de vida diária, composta por 06 itens que classifica o paciente com 03 perfis como, independente, dependente e necessitando de assistência.

A ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA AO PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO POR SERVIÇO DE CUIDADO PALIATIVO E DOR – REVISÃO DE LITERATURA

Escala de Atividade de Vida Diária Katz


BANHO (banho de chuveiro, banheira, ou banho de esponja)	
I	Não recebe assistência; entra e sai do chuveiro/banheira sem ajuda
A	Recebe assistência para lavar somente uma parte do corpo, tal como, as costas ou uma perna
D	Recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho
VESTUÁRIO (tira as roupas do armário e veste-as, incluindo roupas íntimas e roupas de passeio, com a utilização de fechos, suspensórios e colchetes, se presentes)	
I	Veste-se completamente sem assistência
A	Veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos
D	Recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário
HIGIENE PESSOAL (vai ao banheiro para as eliminações urinária e fecal, limpa-se após o ato da eliminação e arruma as roupas)	
I	Vai ao banheiro sem assistência, limpando-se e arrumando as roupas; pode utilizar-se de objetos para suporte como bengala, andador e cadeira de rodas; pode servir-se de comadre ou papagaio à noite
A	Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas; ou recebe ajuda no manuseio de comadre/papagaio somente à noite
D	Não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro
TRANSFERÊNCIA	
I	Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira sem assistência; pode-se utilizar de objetos como o andador.
A	Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira com assistência
D	Não se levanta da cama
CONTINÊNCIA	
I	Controle esfinteriano (urinário/fecal) completo
A	Ocorrência de “acidentes” ocasionais
D	A supervisão auxilia no controle esfinteriano, cateter é utilizado, ou é incontinente
ALIMENTAÇÃO	
I	Alimenta-se sem assistência
A	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
D	Alimenta-se com assistência; ou é alimentado de forma parcial/completa, com sondas ou fluidos IV

Fonte: OLIVEIRA, RA, Coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008.

Mini-Exame do Estado Mental, tem objetivo de avaliar o estado cognitivo, orientação temporal e espacial, memória de curto prazo, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso espaciais, é composta por 11 etapas com pontuação máxima de 30 pontos, avalia o resultado como Normal acima de 27 pontos e Demência menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24, utilizada mais em idosos.

Mini Estado de Exame Mental – MEEM

Questões	Pontos
1. Qual é: Ano? Estação (Metade do ano)? Data? Dia? Mês? (1 ponto cada)	5
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar? (1 ponto cada)	5
3. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número e faça 5 séries sucessivas. Alternativa: Soletre "MUNDO" de trás para frente.	5
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos em 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2
7. Peça ao paciente que repita "nem aqui, nem ali, nem lá".	1
8. Peça ao paciente que obedeça sua instrução: "Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão".	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: "Feche os olhos".	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho:	1



Escore total: (máximo de 30) _____

Fonte: OLIVEIRA, RA, Coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008.

Por fim a PPS (Palliative Perfomace Scale) escala adaptada da Escala de Karnofsky por Harlos em 2002 para ser utilizada especificamente em Cuidados Paliativos, esta com versão validada em português, a PPS Versão 02, tem objetivo de avaliar o estado geral do paciente como deambulação, autocuidado, alimentação, nível de consciência e atividade e evidência da doença. A escala possui 11 níveis de performance, da 0 a 100, divididos em intervalos de 10, quanto menor a pontuação, pior o estado do paciente.

Tabela 4 – Escala de performance paliativa

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: CARVALHO, RT; PARSONS HÁ, Organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado. 2°. ed. Porto Alegre: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012

Vale ressaltar que sempre tem algo a ser feito em prol do paciente ou familiar independentemente do fato de ter ou não perspectiva de cura, dentro do Cuidado Paliativo o que mudará é o enfoque do cuidado que deverá ser oferecido (1, 2, 12).

Segundo Oliveira (2008) no ano de 2008, no Brasil existiam apenas 14 serviços especializados em Cuidados Paliativos, quase todos eles na região sudeste, e nenhuma iniciativa oficial, porém essa realidade tende-se a mudar. Santos (2011) relata que só no estado de São Paulo entre serviços conhecidos e estruturados existem pelo menos 13 iniciativas e a escassez de serviços em cuidado paliativo não mais se enquadra na realidade brasileira, segundo ABCP existe em São Paulo aproximadamente 20 unidades e, no Brasil, 61 unidades, totalizando mais de 300 leitos.

Reabilitação Fisioterapêutica nos Cuidados Paliativos

A Fisioterapia Pediátrica como parte atuante dentro dos cuidados paliativos, vai abordar o paciente realizando avaliação e captando suas queixas e de seus familiares, a partir desse diagnóstico, a Fisioterapia Pediátrica irá utilizar-se de possíveis recursos físicos, técnicas e exercícios para oferecer suporte para que o paciente seja o mais

independente possível, assim melhorando sua qualidade de vida, além de auxiliar o familiar quanto a sua assistência e cuidado a criança enferma (2).

A atenção fisioterapêutica, bem como as demais especialidades da equipe interdisciplinar é iniciada de forma precoce, logo quando ocorre o diagnóstico juntamente com as intervenções curativas. Porém, quando o foco curativo não responde mais, o foco do Cuidado Paliativo passa a ser maximizado a fim de promover melhor qualidade do tempo passado junto da criança e de seus familiares. O papel da família no atendimento pediátrico é de suma importância, tendo em vista que são eles que representam a criança legalmente em todos os aspectos clínicos e terapêuticos (12).

Ao oferecer assistência ao paciente pediátrico devemos levar em consideração as características da criança, que são diferentes dos adultos, as crianças comumente estão em processo de aprendizagem, amadurecimento físico, emocional, cognitivo, social e espiritual o que pode influenciar o aparecimento de sintomatologia multidimensional. Antes de iniciar o tratamento é necessário realizar avaliação a fim de obter quais são as necessidades específicas de cada criança, levando em conta seu desenvolvimento neuropsicomotor, idade e condição clínica (8,12).

É importante permitir, quando possível, que a criança escolha a terapêutica que seja mais prazerosa, fortalecendo sua autonomia, lembrando que o brincar terapêutico através de atividades lúdicas faz com que a criança tenha maior liberdade, assim criando situações e movimentos inesperados. O Fisioterapeuta irá traçar objetivos realistas e viáveis dentro da limitação de cada paciente, o tratamento é dinâmico e são reavaliados com a evolução do paciente, ajudando a criança a se desenvolver o mais ativamente possível. Ao abordar o paciente pediátrico, o fisioterapeuta precisa individualizar a terapêutica, ajustando e implementando progressivamente o tratamento, sendo que possivelmente precisaremos adaptar as condutas a cada momento, com intuito de melhorar sua funcionalidade e reduzindo a sobrecarga ao cuidador, assim oferecendo melhor qualidade de vida a ambos. O fisioterapeuta atuando dentro da equipe de Cuidados Paliativos pode trazer benefícios na melhora e no manejo dos sintomas como a dor, fadiga, complicações osteomioarticulares, estresse psicofísico, e disfunções pulmonares e alterações neurológicas, oferecendo conforto e evitando complicações (8,12).

OBJETIVO

Formar perspectiva sobre a atuação do fisioterapeuta no atendimento a crianças que são assistidas pelo Serviço de Cuidados Paliativos através dos principais objetivos a serem alcançados.

CASUÍSTICA E MÉTODO

A pesquisa foi realizada nas Bases de dados eletrônicas da –BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que compreende as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online), PEDro (Physiotherapy Evidence Database) e Livros coletando artigos e capítulos a partir do ano de 2005, escritos na língua portuguesa e inglesa, selecionados usando as seguintes palavras-chave em várias combinações foram: Fisioterapia, Pediatria, Cuidado Paliativo, Cuidados Paliativos, Criança, Phisiotherapy, Children, Pediatric, Palliative Care, dentro do período de Agosto 2012 a Março 2013.

Os critérios de inclusão foram artigos e livro que abordavam sobre a conceituação de Cuidados Paliativos, a atuação da fisioterapia dentro dos Cuidados Paliativos e o atendimento a pacientes pediátricos publicados entre 2005 até 2013 na língua portuguesa e inglesa.

Os critérios de exclusão foram artigos com ano de publicação anterior a 2004 e que não tinham como assunto os cuidados paliativos.

DISCUSSÃO

O Fisioterapeuta não atuará somente atuarmos de forma reabilitadora, mas sim, e o mais importante, é atuarmos de forma preventiva, estando preparados para avaliar as possíveis complicações que possam ocorrer individualmente em cada paciente, faz com que caso essas ocorram, o profissional esteja mais preparados para tomar decisões de tratamento (13). Como poderemos abordar pacientes em diversos estágios da doença, grau de dependência e de progressão precisamos compreender que encontraremos diversas alterações e dificuldades por parte da criança e do cuidador. Contudo podemos elencar alguns objetivos principais para intervenção, como a prevenção da dor e outros

sintomas, maximizar a independência e/ou autonomia, manter a capacidade funcional, minimizar esforços para a realização de atividades de vida diária, enriquecer o cotidiano, resgatar a vida ocupacional familiar e social. Podendo ser realizado atendimento individual, em grupos e a orientação dos familiares e cuidadores (12).

Alguns pacientes poderão apresentar-se restritos ao leito com sua mobilidade reduzida, para que possamos prevenir, manter ou melhorar a capacidade funcional podemos utilizar recursos como a Cinesioterapia ativa, ativa assistida ou a mobilização passiva. Esse tipo de conduta pode ser fundamental para a melhora ou manutenção da amplitude de movimento, de controle do equilíbrio e da propriocepção, troca postural, manutenção da homeostase circulatória e no cuidado ao peso corporal, bem como a prevenção de úlceras de pressão e atrofia muscular. Esse tipo de intervenção também facilita o cuidado oferecido pelo familiar/cuidador. Pacientes que por ventura, permaneceram ou permanecem a maior parte do tempo deitados poderão sofrer com hipotensão postural durante o tratamento, para isto o fisioterapeuta poderá treinar gradualmente as trocas posturais do paciente, do deitado em decúbito dorsal passando pela sedestação até o ortostatismo e só a partir daí iniciar se possível o treino de marcha (8,12, 14).

Edemas em MMSS e MMII são comumente encontrados, para melhora desse quadro é importante o posicionamento adequado, mobilização do membro constantemente, elevação do membro edemaciado, uso de bandagens elásticas, compressão pneumática e a realização de drenagem linfática mostra-se eficaz na melhora desse sintoma, porém é necessária atentar as contraindicações da aplicação da técnica como no caso de neoplasias(12,13,14).

Dentro dos cuidados paliativos também encontraremos pacientes com doenças neurológicas e consequentemente o aparecimento de sequelas como hipotonia ou flacidez, hipertonia ou rigidez, alteração ou falta de controle postural, falta de movimentação ativa, alterações sensoriais, contraturas e deformidades, movimentos

descoordenados ou espasmódicos. Para esses pacientes temos como objetivo a melhora postural e do equilíbrio, manutenção de força muscular, prevenção de encurtamentos musculares com alongamentos e mobilizações, adequação de tônus através de mobilizações ou de técnicas que possibilitem a estimulação proprioceptiva (8).

Pacientes com sequelas neurológicas também podem ser beneficiados por meio de estimulação sensorial, isso fará com que ele interaja com o meio a partir das experiências vividas utilizando o toque, a textura, os cheiros, os sabores, a música e as luzes (8,12).

A dor é o sintoma mais comum encontrado dentro dos cuidados paliativos, no manejo dessa o fisioterapeuta poderá utilizar técnicas de eletrotermofototerapia tais como: o uso do TENS para alívio ou entre os intervalos do tratamento medicamentoso, a crioterapia em processos agudos recentes e o calor em processos crônicos, porém para aplicação de técnicas de eletrotermofototerapia é importante saber as contraindicações para que não ocorra nenhum dano ao paciente, assim respeitando e atentando a patologia deste, podemos também utilizar outros recursos como a hidroterapia, terapia manual, como massagem e massoterapia a fim de induzir o relaxamento e aliviar a dor, reduzir os sintomas psicofísicos como o estresse, ansiedade, depressão e também sintomas causados por efeitos colaterais da medicação. Podemos, ainda, utilizar de técnica que consideramos alternativas, como acupuntura, relaxamento induzido e atividades físicas (2,8,12,13,14,15).

O enriquecimento do cotidiano também favorece a quebra do ciclo dor – ociosidade – dor, aumentando a autoestima e dignidade através de atividades lúdicas e expressivas fazendo com que a criança dê menos atenção a sua dor, com intuito de melhorar, manter e prevenir a perda da força e trofismo muscular, tirando o paciente da imobilidade do leito (12,15).

FLORENTINO et al (2012) (15), relata também a utilização do uso de órteses. O autor salienta que esse uso pode ser temporário ou não dependendo do que o paciente precise, a fim de alinhar, prevenir ou corrigir deformidades além de contribuir na redução do quadro algico.

O alívio da dor desse paciente é importante para a sua qualidade de vida, bem como para os familiares ou cuidadores que por vezes sentem-se impotente em não poder ajudar no alívio desse sintoma (15).

A massagem além de colaborar na melhora da dor, intensifica a relação criança – família ou criança – cuidador, ela estimula também o processo digestório, elimina gases e diminui as cólicas devido ao relaxamento do trato gastrointestinal.(2,15). A massagem precisa ser mais explorada pelo profissional fisioterapeuta dentro dos cuidados paliativos, mas também utilizada pelo familiar em domicílio através de orientações para que essa técnica possa ser aplicada no intervalo de tempo entre um atendimento fisioterapêutico e outro.

No tratamento da fadiga e da fraqueza é importante salientar que o primeiro grupo muscular a ser afetado são os antigravitacionais causando alterações posturais, descondição físico e diminuição da força muscular. Portanto, maximizar a independência e/ou manter a capacidade funcional através de um programa fisioterapêutico é de extrema importância para manter ou melhorar o condicionamento físico. Porém é necessário atentar e estabelecer um período de atividade física e repouso a fim de conservar energia, tendo em vista que pacientes inativos tem sua capacidade pulmonar reduzida e apresentam cansaço com maior facilidade (8,12,13,14).

Devido a alguns pacientes apresentarem imobilismo ou mesmo pouca movimentação ativa, precisamos atentar as lesões de pele, as úlceras de pressão, que ocorrem com maior frequência nas proeminências ósseas, além de orientação quanto à mudança de decúbito periodicamente, realização de manobras de descompressão ativa e hidratação, poderemos utilizar recursos como o laser, ultrassom para ajudar no processo de cicatrização se essas estiverem presentes no paciente. (13,14,15)

A marcha é uma das maiores necessidades do paciente, ela poderá estar presente ou não dependendo do tipo de doença. Nesses casos, o fisioterapeuta intervém como auxiliar na tentativa de potencializar uma marcha ainda existente e promover a mobilidade necessária, realizando treino com dispositivos auxiliares de marcha (8).

Outro cuidado que o fisioterapeuta precisa prestar atenção é com as adaptações e orientações na melhora da postura, posicionamento e transferências, que podem vir a evitar atrofia e edemas, melhorando o conforto e a funcionalidade, oferecendo maior aptidão e manuseio pelo cuidador que também precisa receber atenção fisioterapêutica a fim de verificar se apresentam dores, a manutenção da postura (8).

De acordo com LAAKSO (2006) (16), a fisioterapia atuando dentro dos cuidados paliativos, incorporado de forma precoce pode contribuir significativamente para a manutenção da independência funcional e da qualidade de vida entre doentes que eram atendidos por equipe de cuidados paliativos.

Com o avanço da doença a fisioterapia tentará amenizar o impacto causado por ela sempre incentivando o paciente a manter suas atividades funcionais da forma mais independente possível, otimizando sua função de independência e a orientação correta do cuidador para que ambos possam reconhecer as dificuldades no desempenho das funções e atividades de vida diária. Assim, o cuidador poderá passar suas dificuldades para a equipe, esta por sua vez fará as adaptações para melhor funcionalidade que possa vir a estar em declínio (15,17)

As complicações encontradas, recursos e técnicas utilizadas e benefícios ao paciente com a intervenção fisioterapêutica estão resumidas na tabela abaixo.

Complicação	Recurso/Técnicas	Benefício
Imobilidade	Cinesioterapia Ativa, Ativa Assistida ou Passiva	ADM, Equilíbrio, Propriocepção, Troca Postural, Homeostase, Peso Corporal, UP, Atrofias Musculares, Facilidade no Cuidado
Cuidado com Hipotensão Postural		
Edemas	Mobilização, Posicionamento, Bandagens, Compressão, Drenagem Linfática	Melhora na Sintomatologia
Drenagem Linfática: Cuidado com Pacientes Oncológicos		
Alterações de Origem Neurológica	Alongamento, Mobilizações, Adequação de Tônus, Estimulação Sensorial e Proprioceptiva	Melhora Postural, Equilíbrio, Força Muscular, Encurtamento Muscular
DOR	Eletrotermofototerapia, Hidroterapia, Terapia Manual, Massoterapia, Terapias Alternativas, Enriquecer Cotidiano e Órteses	Redução da Dor, Relaxamento Muscular, Redução de Estresse, Ansiedade, Depressão e Aumento da Auto-estima
Cuidado com Contra indicações Eletrotermofototerapia		
Massagem intensifica vínculo mãe-criança, estimula processo digestório, precisa ser mais explorada.		
Fadiga e Fraqueza	Recondicionamento Físico	Melhora do Condicionamento, Força Muscular, Independência Funcional
Técnicas de Conservação de Energia		
Lesões Cutâneas	Troca de Decúbito, Manobras de Descompressão, Hidratação, Laser/US	Prevenção ou Melhora de lesões na pele, Melhora da Cicatrização
Marcha	Dispositivos Auxiliares de Marcha	Potencializar Marcha e Promover Mobilidade
Adaptações e Postura	Posicionamento e Transferências	Evitar Atrofias e Edemas, Independência e Melhor Manuseio
Cuidador também precisa de atenção pois podem apresentar dores e alterações posturais.		

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os estudos elencados nos mostram que os objetivos e as condutas corroboram entre si, sempre com o objetivo de melhora da qualidade de vida do paciente e do cuidador/familiar, assim como o alívio dos sintomas que os afligem, promovendo sua independência funcional. A fisioterapeuta deverá utilizar condutas e técnicas com cautela para que não haja excesso as necessidades individuais da criança ou do cuidador tornando a presença do fisioterapeuta na equipe interdisciplinar agregando sempre bons resultados. Ao realizar esse levantamento notamos que existem poucos estudos relacionados à fisioterapia atuante dentro do serviço de cuidados paliativos, principalmente em pacientes pediátricos e, sobretudo devemos ter a sensibilidade de que a presença do fisioterapeuta, a conversa, o carinho e a atenção torna o tratamento com pacientes pediátricos muito mais eficaz.

REFERÊNCIAS

1. PIMENTA, CAM; MOTA, DDCF; CRUZ, DALM. Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia. São Paulo: Manole; 2006
2. OLIVEIRA, RA, Coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); 2008.
3. FLORIANI, CA; SCHRAMM, FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v.17, supl.1, jul. 2010, p.165-180
4. Jornal Folha do Estado de São Paulo [on-line]. [citado 2013 Fevereiro 26] Disponível em internet <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/979857-ong-constroi-centro-infantil-de-cuidados-paliativos-em-sp.shtml>
5. Instituto Nacional do Câncer – INCA [on-line]. [citado 2013 Janeiro 18] Disponível em internet http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474
6. FLORIANI, CA. Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
7. FLORIANI CA. Home-based palliative care: challenges in the care of technology-dependent children. *Jornal Pediatria*. 2010;86 (1):15-20.
8. SANTOS, FS, Editor. Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio dos Sintomas. São Paulo: Atheneu; 2011.
9. PERES, MFP; ARANTES, ACLQ; LESSA, OS; CAOUS, CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2007; v34, supl 1; 82-87.
10. SILVA, AF; ISSI, HB; MOTTA, MGC. A Família da criança oncológica em cuidados paliativos: O olhar da equipe de enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde* 2011; 10(4):820-827.
11. Sociedade de Tanatologia e Cuidados Paliativos de Minas Gerais -SOTAMIG [on-line]. [citado 2013 Março 14] Disponível em internet <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20%20generalidades.pdf>
12. CARVALHO, RT; PARSONS HÁ, Organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado. 2°. ed. Porto Alegre: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
13. MARCUCCI, FCI. O Papel da Fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2005; 51(1): 67-77.

14. MULLER, AM; SCORTECAGNA, D; MOUSSALLE, LD. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Cancerologia. 2011; 57(2): 207-215.
15. FLORENTINO, DM; SOUSA, FRA; MAIWORN, AI; CARVALHO, ACA; SILVA, KM. A Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. Revista do Hospital Pedro Ernesto; 2012; Ano 11, Abril: 50-57.
16. The Royal Australian College of General Practitioners [on-line] [citado 2013 Março 28] Disponível em internet <http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2006/200610/20061004laakso.pdf>
17. KUMAR SP, JIM A. Physical therapy in palliative care: From symptom control to quality of life: a critical review. Indian J Palliat Care. 2010;16:138-46.