

A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS

DANIELLE DE M. FLORENTINO

FLAVIA R. A. DE SOUSA

ADALGISA IEDA MAIWORN

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

KENIA MAYNARD SILVA

RESUMO

As estratégias não farmacológicas no alívio da dor em Cuidados Paliativos buscam melhor qualidade de vida para os pacientes com câncer ou outras doenças avançadas, auxiliando-os na reabilitação e na lida com os sintomas. A fisioterapia também atua na prevenção de complicações: sejam da esfera osteomioarticular, respiratória e por desuso, que causem danos físicos e funcionais ao indivíduo. Orientações domiciliares, diagnóstico e intervenção precoce são condutas adotadas na prática clínica além de favorecer o alívio da dor e reduzir tanto os custos pessoais quanto hospitalares. A termoterapia, eletroterapia, cinesioterapia, massagem e o uso de órteses são procedimentos cuja utilização tem se mostrado benéfica ao paciente com câncer avançado.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados paliativos; Fisioterapia; Dor.*

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia em Cuidados Paliativos visa a qualidade de vida em pacientes com doença avançada ou em progressão desta, por meio de condutas que reabilitem funcionalmente o paciente, bem como auxilia o cuidador a lidar com o avanço rápido da enfermidade.¹

A dor no câncer constitui uma preocupação e torna-se um problema em saúde pública, uma vez que o gerenciamento destes sintomas e custos traz desgastes desde a esfera física à financeira. Desta forma, medidas terapêuticas menos agressivas e invasivas devem ser consideradas.²

A abordagem medicamentosa é a forma mais utilizada para o controle da dor. Entretanto, a utilização de recursos fisioterapêuticos como a cinesioterapia, a eletroterapia, a massagem, oferecem meios para a melhora da dor, uma vez que a fisioterapia busca a reabilitação plena do indivíduo a partir da minimização de seus sintomas.^{2,3}

A dor contribui para um estado de incapacidade no paciente que independe da doença de base, bem como pode gerar adaptações de autocontrole, minimização de sintomas ou simplesmente um estado de prostração, quietude, esgotamento físico e mental. O sintoma da dor conduz o sujeito a um estado de finitude de sofrimento.⁴

A dor nestes pacientes pode relacionar-se direta ou indiretamente ao tumor primário bem como a suas metástases, a intervenções terapêuticas e/ou procedimentos de investigação. Devemos levar em consideração que fatores como postura, inatividade física, estado emocional, e até temperatura podem trazer influências.³⁻⁵

A DOR NO CÂNCER

A dor no câncer pode decorrer desde a infiltração (invasão) neoplásica dos tecidos, de procedimentos terapêuticos, bem como de síndromes paraneoplásicas. O câncer pode gerar lesões dos receptores de dor denominados nociceptores. Os nociceptores podem ser ativados por diversos estímulos (mecânicos, térmicos ou químicos) e sensibilizados por estímulos químicos endógenos (serotonina, substância P, bradicinina, prostaglandinas e histamina) após uma lesão tecidual.²⁻⁵

A dor relacionada à infiltração tecidual pode ocorrer através do osso, compressão de troncos nervosos periféricos, no neuro-eixo, vísceras ocas, vísceras parenquimatosas, invasão e oclusão de vasos sanguíneos, infiltração de mucosas, tegumento e estruturas de sustentação.^{4,5}

Ao falarmos de procedimentos terapêuticos citamos a dor incisional e cicatricial, pós-amputação, pós-quimioterapia, pós-radioterapia, supressão de corticosteroides, mucosite, neuropatia pelo vírus herpes zoster, neuropatia actínica, uso de morfina e epigastralgia por doença péptica.^{4,5}

Entretanto, as síndromes paraneoplásicas poderão ser ocasionadas por agentes liberados na circulação por células neoplásicas como também por mecanismos reacionais; dentre eles incluem-se a dermatomiosite, miopatias,

artrites, síndrome dolorosa do tromboembolismo por hipercoagulabilidade, imobilismo e distrofia simpático-reflexa.^{4,5}

Faz-se necessária uma minuciosa avaliação da dor para que haja um tratamento adequado. Pode-se recorrer ao uso de instrumentos de avaliação (escalas de avaliação da dor) e seus domínios como forma de mensuração, e complementarmente as escalas de funcionalidade.³

CUIDADOS PALIATIVOS E A FISIOTERAPIA

A fisioterapia atua na prevenção de complicações, sejam estas da esfera osteomioarticular, respiratória, e por desuso, que causem danos físicos e funcionais ao indivíduo através orientações domiciliares, diagnóstico e intervenção precoce, por meio de condutas que favorecem a melhoria da qualidade de vida e a redução tanto dos custos pessoais quanto hospitalares. A atuação deve ser realizada em todas as etapas da neoplasia: pré-tratamento, durante o tratamento, após o tratamento, na recidiva da doença e nos cuidados paliativos.⁶

Os profissionais da fisioterapia dispõem de recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com câncer. Estes cuidados são responsáveis por desenvolver um tratamento para doentes sem possibilidades de cura, monitorando e diminuindo os sinais e sintomas físicos, psicológicos e espirituais.⁷ Desta forma, visam, sempre que possível, à construção e manutenção da independência funcional do paciente através da preservação da vida e alívio dos sintomas por recursos fisioterapêuticos como: terapia para dor, alívio dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, reabilitação das complicações linfáticas, cardiopulmonar, atuação na fadiga, alterações neurofuncionais, úlceras de pressão.^{3,7}

Mediante a fase da enfermidade, a reabilitação paliativa tenta amenizar o impacto do avanço da patologia, minimizando seus sintomas e incentivando o paciente a realizar atividades funcionais e até mesmo participar de seu tratamento, respeitando seu limite funcional.¹

A evolução da doença causa sofrimento ao paciente e à família, e reconhecer a fase em que o paciente se encontra é importante, uma vez que permite uma adequação ao tratamento e entender que a terminalidade não se restringe apenas aos últimos dias de vida.⁸

Um fator importante nestes pacientes é a questão da morte. Saber lidar com esta situação é um dos fatores mais angustiantes para os profissionais e exige extrema delicadeza, pois muitos encaram esta dificuldade experimentando um desconforto com a situação, seguido de inevitáveis frustrações profissionais. Além disso, a relação da morte e do morrer e seus cuidados são ainda desconhecidos até mesmo no ambiente acadêmico, e perpetuam-se durante a vida profissional.⁹

De acordo com o CREFITO e a resolução do COFFITO nº10 de 03/07/78, que aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no capítulo II art.7º está explícito como dever do fisioterapeuta no exercício profissional: o zelo, o respeito à vida humana desde a concepção até a morte, a prestação de assistência, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, a utilização de todos os conhecimentos técnicos e científicos, respeito ao natural pudor e intimidade, bem como o respeito do direito de decisão da pessoa de seu bem-estar e a informação sobre seu diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico.⁷

A fisioterapia não busca apenas a funcionalidade do paciente, mas a manutenção de uma comunicação, objetivando estreitar a relação profissional-paciente, gerando mais confiança do doente em relação ao terapeuta e conforto. Tais condutas diminuem a sensação de abandono que aflige muitos pacientes em fase avançada e seus familiares.¹

A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR

A dor no câncer é talvez o sintoma mais angustiante que apresenta um paciente com neoplasia, devido à deteriorização de sua qualidade de vida.

Os sintomas apresentados em pacientes com neoplasia avançada podem ser múltiplos, intensos e multifatoriais. Fatores como dor e a perda da independência são complicações temidas pelos pacientes. A diversidade deles faz com que se tenha uma preocupação na monitorização de evolução, intensidade, causa, impacto sobre as AVD's, estado emocional e probabilidade de controle.^{1,7,10}

A utilização de recursos manuais, meios físicos e ortóticos minimizam a percepção sintomática da dor. Dentre as modalidades terapêuticas podemos citar a cinesioterapia, eletrotermoterapia e órteses (muletas, andadores, cadeiras adaptadas e coletes). Os agentes físicos mais utilizados são o calor, o frio e as correntes elétricas. Tais recursos podem ser utilizados em associação, incluindo a massagem, acupuntura, técnicas de relaxamento, distração e respiração.^{1,3,5,7,10}

Os métodos de terapia manual podem ser utilizados para complementar o alívio da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente.⁷

Com o alívio da dor em Cuidados Paliativos busca-se, acima de tudo, o bem estar e conforto do paciente. Mas é importante frisar que a dor não afeta apenas quem a sente, mas também exerce um impacto significativo nos cuidadores, que muitas vezes se sentem incapazes de aliviar tal sintoma.^{1,7,10}

TERMOTERAPIA

A 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. A termoterapia por calor superficial pode ser realizada através do uso de bolsas térmicas, banhos de contraste, banhos de parafina, infravermelho, forno de Bier, hidrotterapia de turbilhão e por calor profundo, os mais utilizados são o ultrassom, ondas curtas, laser e microondas.^{3,7,11}

A termoterapia superficial pode ser utilizada para aliviar a dor de pacientes em tratamento paliativo. O objetivo é o de promover o alívio do espasmo muscular, interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, aumento da extensibilidade tecidual e relaxamento muscular em indivíduos portadores de tumores, os quais podem estar comprimindo estruturas neuromusculares e, dessa forma, causando dor.^{3,7,11}

A utilização do frio (crioterapia) pode ser utilizada em disfunções musculoesqueléticas, traumáticas, inflamatórias incluindo processos agudos.

No entanto, não há estudos conclusivos sobre a diminuição de dor oncológica através de crioterapia, porém sua aplicação pode ser útil para dores músculo-esquelética.^{3,7,11}

Vale ressaltar que a termoterapia superficial com calor está contraindicada, quando aplicada diretamente sobre áreas tumorais. A vasodilatação provocada pelo calor superficial pode oferecer riscos na disseminação de células tumorais por via linfática e hematogênica. Desta forma, aplicam-se ao calor profundo as mesmas restrições sob todas as formas de apresentação (ondas curtas, ultrassom e laser), cujo aumento do metabólico local gerado pelo calor pode disseminar as células tumorais. Tais cautelas também deverão ser tomadas em áreas desprovidas de sensação térmica e sobre as áreas de insuficiência venosa, tecidos lesados ou infectados, bem como irradiados (Tabela 1).^{3,7,11}

ELETROTERAPIA

A eletroterapia consiste na utilização de corrente elétrica com finalidades terapêuticas promovendo analgesia pelo efeito contrairritativo, resultando na ativação do sistema supressor da dor e produzindo uma sensação que interfira na sua percepção. Esse efeito pode persistir por períodos longos, determinando o desaparecimento da dor. As correntes elétricas com fins analgésicos mais utilizadas são as TENS.¹²

A Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS) é bastante utilizada na fisioterapia para fins clínicos, por ser uma técnica analgésica simples e não invasiva que pode ser aplicada na clínica por profissionais de saúde ou em casa pelos próprios pacientes. A TENS é usada principalmente para o manejo sintomático da dor aguda e dor crônica.^{2,3,13} Atua sobre as fibras nervosas aferentes como um estímulo diferencial que “concorre” com a transmissão do impulso doloroso. Ativa as células da substância gelatinosa, promovendo uma modulação inibitória segmentar, e ao nível do SNC (sistema nervoso central), estimula a liberação de endorfinas, endomorfina e encefalinas.^{11,2,3,14,15}

O efeito analgésico, neste caso, ocorre pelos opioides endógenos (as endorfinas) que são liberados no corpo para que se liguem a receptores específicos no sistema nervoso central e periférico, diminuindo a percepção da dor e as respostas nociceptivas; portanto, a eletroestimulação

TABELA 1: TABELA DE CONTRAINDICAÇÕES EM ELETROTERMOTERAPIA.

	CONTRAINDICAÇÕES
CALOR SUPERFICIAL	Aplicação direta sobre áreas tumorais. O calor provoca uma vasodilatação que pode oferecer riscos na disseminação de células tumorais por via linfática e hematogênica.
CALOR PROFUNDO	Aplica-se a mesma restrição do calor superficial.
TENS	Sobre área tumoral, portadores de marca-passo, tecido recentemente irradiado.
RADIOTERAPIA	Locais que receberam radioterapia recente apresentam alterações dérmicas o que contraindica o uso de eletrotermoterapia.

FONTE: SAMPAIO, MOURA E RESENDE, 2005; MARCUCCI, 2005; ROBERTSON, 2006.

alivia a dor devido à liberação de endorfinas, aumentando os números de opioides endógenos circulantes no líquido cerebrospinal.¹² (Tabela 2). As principais modalidades terapêuticas do TENS está ilustrada na tabela 3.

CINESIOTERAPIA

Na presença de dor oncológica é comum os pacientes reduzirem a movimentação e a atividade física. Este padrão comportamental gera o

TABELA 2: MECANISMOS DE ALÍVIO DA DOR.

MECANISMOS DE ALÍVIO DA DOR		
Segmentar	Periférico	Extra Segmentar
A atividade induzida pela TENS convencional produz analgesia predominantemente através de um mecanismo segmentar por meio do qual a atividade gerada nas fibras Aβ inibe a atividade em curso os neurônios nociceptivos de segunda ordem (relacionados com a dor).	A emissão de correntes elétricas sobre uma fibra nervosa provocará impulsos nervosos correndo nos dois sentidos ao longo do axônio nervoso (ativação antidrômica). Os impulsos nervosos induzidos pela TENS que se distanciam do SNC colidirão com os impulsos aferentes que vêm do tecido lesado, causando sua extinção. O TENS convencional pode mediar sua analgesia através do bloqueio periférico das fibras de diâmetro.	A atividade induzida pela TENS nos aferentes de pequeno diâmetro produz analgesia extra-segmentar através da ativação de estruturas que formam as vias descendentes de inibição da dor, como a substância cinzenta periaquedutal, núcleo magno da rafe e núcleo gigantocelular da rafe.

FORTE: JOHNSON,2003

TABELA 3: TIPOS DE TENS.

TIPO DE TENS	TEMPO DE APLICAÇÃO	EFEITO	INDICAÇÃO
TENS Convencional (Teoria das Comportas)	20 a 60 minutos, com intervalos de 30 min.	Estimulação seletiva de fibra (A beta), gerando confortável parestesia (efeito curto) ou pontadas, sem dor ou contração muscular.	Dor aguda (superficial) ou crônica.
TENS Acupuntura (Teoria Farmacológica)	20 a 30 minutos, preconizada 1 vez ao dia.	Estimulação das fibras nociceptivas (A delta e C) e pequenas fibras motoras, gerando parestesia e contração visível (efeito longo), levando também à liberação de opiáceos endógenos	Dor Crônica.
TENS breve intenso (Teoria Farmacológica)	± 15 minutos.	Ativação de fibra (A delta e C), levando à diminuição dos espasmos contraturas (efeito temporário)	Dor Aguda
TENS Burst (Teoria Farmacológica e das Comportas)	Mínimo de 30 min.	Junta efeitos do TENS convencional e acupuntura, levando ao efeito analgésico longo (beta endorfinas + inibição pré-sináptica)	Mobilização articular, estiramento mantido ou massagem transversa (condições dolorosas locais)

FORTE:PENA; BARBOSA, ISHIKAWA, 2008

comprometimento gradual do condicionamento físico e da força muscular, bem como da flexibilidade e da capacidade aeróbica, predispondo o paciente ao desenvolvimento da síndrome de imobilização. Nos estágios mais avançados, o desuso e estado de caquexia favorecem a atrofia muscular.^{1,3,7}

A cinesioterapia é uma terapia que se utiliza de movimentos como forma de tratamento, a partir de movimentos voluntários que proporcionam a mobilidade, a flexibilidade, a coordenação muscular, o aumento da força muscular e a resistência à fadiga.

Na orientação dos doentes com dor oncológica deve-se dar atenção à nocividade da inatividade, realizando esclarecimentos em virtude de seus efeitos deletérios a médio e curto prazo. É necessária a compreensão sobre os benefícios dos exercícios para a manutenção da flexibilidade e da força muscular, bem como da importância da função do aparelho locomotor, da manutenção do condicionamento cardiovascular e respiratório.⁷

Os programas de atividade física têm como objetivo desenvolver a força e o trofismo muscular, o senso de propriocepção do movimento, resgatando a amplitude do movimento articular e prevenindo a imobilidade no leito, mas devem levar em consideração o estado funcional do paciente. Um bom norteador são as escalas de funcionalidade (ECOG e Karnofsky) utilizadas em cuidado paliativo.⁷

MASSAGEM

A massagem é uma técnica utilizada como terapia complementar nos pacientes com câncer, com o objetivo de proporcionar o alívio da dor.

Define-se como a manipulação dos tecidos moles do corpo, executada com as mãos, com o objetivo de produzir efeitos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso, produzindo a estimulação mecânica dos tecidos através da aplicação rítmica de pressão e estiramento. Quando exercida nos tecidos, estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem estar; por outro lado, o estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular. Desta forma a massagem induz o relaxamento muscular e o alívio da dor.^{3,7}

ÓRTESE

As órteses são dispositivos que podem ser de uso definitivo ou não, com o objetivo principal de alinhar, prevenir e/ou corrigir deformidades, além de contribuir na minimização de quadros álgicos. (Tabela 4)¹⁶

Atualmente, também pode ser designada como tecnologia assistida cujo conhecimento deve ter característica interdisciplinar com métodos e estratégias que objetivam a promoção de funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com alguma deficiência, incapacidade ou mobilidade reduzida; visa à autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social desses indivíduos.¹⁷

TABELA 4: TIPO DE ÓRTESE.

TIPO	INDICAÇÃO
Estabilização	Propiciar um posicionamento, impedir um movimento indesejado, bem como estabilizar uma lesão articular e/ou musculoesquelética.
Funcional e/ou Dinâmicas	Permitir um movimento com certo grau de limitação, mas que possibilita a reaquisição de um movimento pré-determinado.
CORRETORA	Viabilizar a correção de deformidades.
Protetora	Proteção de um segmento afetado.

FONTE: SEYMOUR, 2002.

A dor é um sintoma frequente associado à metástase óssea, cujo sítio pode ser por invasão tumoral direta ou por outras vias. De acordo com sua localização representa um sinal de envolvimento ósseo, bem como de uma futura fratura patológica.

O uso profilático de uma órtese propicia a estabilização de uma lesão dolorosa e auxilia na prevenção de fraturas, evitando uma experiência algica maior, além da restrição e perda da mobilidade voluntária. A sua utilização ou de veículos auxiliares para marcha permitem ao paciente uma maior funcionalidade do membro e a preservação de sua mobilidade e autonomia. Nos casos de lesões ósseas em nível da coluna vertebral, as órteses podem proporcionar o único meio de proteção do canal vertebral. O tipo da órtese dependerá do quadro de instabilidade e os movimentos que necessitam de proteção e estabilização.^{16,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o alívio da dor por meios não farmacológicos é preciso que a equipe multidisciplinar tenha um olhar atento quanto às ações pessoais e de recursos utilizados. Os eventos relacionados à dor transcendem o físico: eles transitam do espiritual ao emocional. Desta forma, saberes múltiplos devem ser somados. Procedimentos de meios físicos, eletrotérmicos e ortóticos pela fisioterapia mostram-se benéficos ao paciente, além de métodos de distração e relaxamento. Entretanto, deve-se ter cautela para que não haja uso em excesso e/ou inadequado de recursos, e sim o que se faz pertinente frente às necessidades do paciente. A principal meta é a qualidade de vida e a minimização dos sintomas; neste caso, especialmente da dor. Ainda não há um consenso sobre quais são os melhores recursos que se aplicam no alívio da dor em cuidados paliativos. A pesquisa e a construção diária na atenção a estes pacientes servem de norteadores, bem como a escuta de quem é cuidado.

AGRADECIMENTOS

À Equipe de Cuidados Paliativos do HUPE, aos Pacientes e a todos os envolvidos direta e indiretamente na construção deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Astudillo W, Mendinueta C. La Rehabilitación y Los Cuidados Paliativos. Revista Rehabilitación Geriátrica, 2006. Acesso em 1 de abril de 2012. Disponível em http://paliativossinfronteras.com/upload/publica/Cuidados%20paliativos%20y%20rehabilitacion_1.pdf
2. Pena R, Barbosa LA, Ishikawa NM. Estimulação Transcutânea do Nervo (TENS) na Dor Oncológica - Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008;54(2):193-9.
3. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(4): 339-346.
4. Simões ASL. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):166
5. Teixeira MJ. Síndromes Dolorosas. Rev Med. 1997;76(1): 21-6.
6. Bergmann A, et al. Fisioterapia em Mastologia Oncológica: Rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52(1): 97-109.
7. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 51(1): 67-77.
8. Rosario MAB, Fraile AA. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. Aten Primaria. 2002;29(1):50-2..
9. Schramm FR. Morte e Finitude em Nossa Sociedade: Implicações no Ensino de Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002; 48(1): 17-20.
10. Acevedo RC, Molina DP. Determinación de Necesidades de Intervención Kinésica en la Atención Domiciliaria de la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cáncer. Universidad de Chile; 2004. Acesso em 1 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/castillo.pdf>
11. Robertson V, et al. Eletroterapia Explicada: Princípios e Prática. São Paulo: Editora Elsevier; 2006. p.149-187; 309-348.

12. Castro C. Mecanismos neurofisiológicos da dor. *Diabete Méd.* 1998;24:7.
13. Guimarães BTL, Capistrano KO. Aplicação da TENS na clínica fonoaudiológica. *Diabetic Med.* 2005;10-11.
14. Johnson M. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). In Kitchen S. *Eletroterapia Prática Baseada em Evidência*. 11a edição. São Paulo: editora Manole; 2003; cap.17; p.259-286.
15. Mackler LS, Robinson AJ. *Eletrofisiologia clínica – Eletroterapia e teste eletrofisiológico*. 2a edição; Porto Alegre: Artmed; 2002; cap.2; p.7.
16. Seymour R. *Prosthetics and Orthotics: Lower limb and Spinal*. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.p. 337-427.
17. Bersch R. *Introdução à Tecnologia Assistida*. Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil. Porto Alegre; 2008. p.1-19.
18. Lynn G, et al. Rehabilitation in the cancer patient. *Cancer Supplement*. Aug 15 2001;92(4): 2932 – 36.

ABSTRACT

The non-pharmacological strategies for pain relief in Palliative Care look for better quality of life for patients with advanced cancer or other diseases, helping them in rehabilitation and dealing with the symptoms. Physiotherapy also acts in the prevention of complications: musculoskeletal, respiratory and disuse problems that causes physical and functional damage to the individual. Home care orientations, early diagnosis and intervention are approaches adopted in clinical practice besides promoting pain relief, it reduces both personal and hospital costs. The thermotherapy, electrotherapy, exercise, massage and the use of orthoses are procedures that have proven beneficial to patients with advanced cancer.

KEY WORDS: *Palliative Care, Physiotherapy, Pain.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

LUCIANA MOTTA

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI/HUPE/UERJ.

ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –
Setor Torácico da UFRJ.
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ODILEA RANGEL

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica
de Dor da UERJ.

CARLOS TELLES

Professor Associado, chefe do Serviço de
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

DANIELLE DE M. FLORENTINO

Fisioterapeuta;
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro
Niterói - RJ. CEP 24020-125
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

FLAVIA R. A. DE SOUSA

Especialização em Geriatria e Gerontologia /
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORN

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

KENIA MAYNARD SILVA

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do
HUPE.

ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

JANETE A. ARAUJO

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010
Telefone: (21) 9673-6917
E-mail: netteallves@hotmail.com

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ELISABETH M. PETERSEN

Musicoterapeuta
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95
apto.1204, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230
Telefone: (21) 9242-9863
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.

FABIO DE F. GUIMARÃES

Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098
E-mail: fabiusfg@gmail.com

ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.

JANETE A. ARAUJO

(Vide Artigo 7).

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

(Vide Artigo 7).

ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.

RAFAELA MOUTA AGUIAR

Enfermeira;
Especialização Enfermagem do Trabalho;
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Saldanha Marinho 4 , Santo Cristo
Telefones: (21) 9808-6858
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA

Enfermeira;
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.

MARIA O. D'AQUINO

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho
Fac. de Enf. Luiza de Marillac;
Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104 , Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875
E-mail: modaquino@ig.com.br

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro
Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ
Professor da Universidade Veiga de Almeida
Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA
FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
RIO DE JANEIRO

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS

Fonoaudióloga;
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;
Preceptora de Fonoaudiologia da residência em
Fonoaudiologia do HUPÉ/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Alecrim 722
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva
FM-UFRJ;
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.