

O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais

The role of nursing and physiotherapy on managing the pain of geriatric patients with terminal disease

Vanessa Tamborelli¹, Aline Freitas da Costa¹, Vanessa Vieira Pereira¹,
Márcia Torturella¹

RESUMO

Introdução: A dor é o sintoma mais frequente nos pacientes terminais, e o alívio da dor tem um papel de destaque, buscando, acima de tudo, o bem-estar e o conforto do paciente, e o seu controle propicia melhora da qualidade de vida do paciente até a sua morte. A enfermagem é preponderante no tratamento da dor, tendo como foco principal o cuidado e a manutenção da qualidade de vida em todas as fases do processo da doença, ou seja, diagnóstico, tratamento, reabilitação. E a fisioterapia possui um grande arsenal de técnicas que complementam o tratamento de dor em pacientes terminais, muitas delas já comprovadas, porém outras precisam de mais estudos aprofundados.

Objetivo: Este estudo tem como objetivo abordar as principais estratégias terapêuticas utilizadas pela enfermagem e pela fisioterapia no tratamento da dor em pacientes terminais geriátricos. **Métodos:** O estudo foi do tipo revisão sistemática da literatura. Os trabalhos consultados foram localizados por meio de pesquisa nas bases de dados Lilacs, Medline e Bireme. **Conclusões:** A abordagem da equipe interdisciplinar é de suma importância no tratamento desses pacientes em virtude da alta complexidade, pois cada profissional possui seus próprios recursos de tratamento e métodos de avaliação, podendo, assim, abranger todos os aspectos como biológico, espiritual, social e psicológico envolvidos no tratamento da dor.

Palavras-chave: Dor, doente terminal, idosos, fisioterapia, enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Pain is the most common symptom in terminally ill patients, pain relief and has a prominent role, seeking above all the welfare and comfort of the patient and his control provides improved quality of life of the patient until his death. Nursing is predominant in the treatment of pain, focusing mainly on the care and maintenance of quality of life at all stages of the disease process, i.e., diagnosis, treatment, rehabilitation. And the physiotherapist has a large arsenal of techniques that complement the treatment of pain in terminally ill patients, many of these proven, but others need more extensive studies. **Objective:** This study aimed to address the main therapeutic strategies used by nursing and physical therapy to treat pain in terminally ill geriatric. **Methods:** The study design was systematic review of the literature, the studies reviewed were located by searching the databases Lilacs, Medline and Bireme. **Conclusions:** The interdisciplinary team approach is paramount in treating these patients because of high complexity, because each has its own professional resources for treatment and evaluation methods, and thus can cover all aspects such as: biological, spiritual, social and psychological treatment involved.

Keywords: Pain, terminally ill, aged, physical therapy, nursing.

Recebido em 21/8/10

Aceito em 15/10/10

INTRODUÇÃO

O paciente terminal é aquele que se encontra além da possibilidade de terapêutica curativa e que necessita de um tratamento paliativo visando ao alívio de inúmeros sintomas que o atormentam, sempre levando em consideração a melhoria da qualidade de vida de uma maneira global, ou seja, biológica, espiritual, social e psicologicamente¹⁻⁷.

Dentro da geriatria, a presença do paciente terminal se torna cada vez mais frequente pela grande quantidade de doenças crônicas nesses pacientes, junto com as alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas¹.

Entre os sintomas, a dor é considerada um dos mais temidos no final da vida. O sofrimento causado pela dor incessante toca todos os aspectos da qualidade de vida (atividade, apetite, sono, entre outros)⁴⁻⁵.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor classificaram a dor como o quinto sinal vital, que deve ser avaliado com os outros sinais vitais como temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão arterial⁶⁻⁸.

A avaliação da dor é extremamente importante no ambiente clínico, tornando possível a adoção de uma medida de tratamento ou conduta terapêutica, porém muitas vezes a avaliação é subjetiva e de difícil aplicação. Em outras palavras, não existe um instrumento-padrão – para tal há algumas escalas que podem ser usadas como escala verbal descritiva, escala visual analógica, escala numérica e escala das faces⁸⁻¹⁰.

O alívio da dor tem um papel de destaque em pacientes terminais, buscando, acima de tudo, o bem-estar e o conforto deles. A fisioterapia possui um grande arsenal de técnicas que complementam o tratamento de dor em pacientes terminais, muitas delas já comprovadas, porém outras precisam de mais estudos aprofundados^{5,11,12}.

A equipe de enfermagem convive mais tempo com os pacientes, já que estes se tornam dependentes dos seus cuidados, que vão dos mais simples até os mais complexos. Dessa forma, o enfermeiro deve implementar estratégias de alívio da dor, utilizando diversas técnicas, que podem ser desenvolvidas de forma direta ou indireta^{6,8}.

A abordagem multidisciplinar é de suma importância a esses pacientes por causa de sua alta complexidade, pois implica demonstrar que nenhuma

profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento da dor, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa^{4,5,9,13,14}.

Na literatura, há descrições de tratamentos terapêuticos da dor em pacientes terminais, porém não existem muitos relatos específicos da abordagem da fisioterapia e da enfermagem diferenciada em pacientes geriátricos terminais. O aprofundamento, a busca de novos tratamentos, condutas terapêuticas e a adequada avaliação da dor nesses pacientes são importantes, assim como admitir o significado do alívio da dor desde o início do tratamento de uma doença até as últimas horas de vida, tornando uma condição fundamental para que todas as especialidades possam trabalhar da melhor forma possível com o paciente e seus familiares^{1-3,6,15,16}.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados bibliográficos Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Bireme e Medline. Os critérios para a seleção de artigos foram adotados conforme os objetivos da pesquisa, visando à uniformização na escolha deles. Os critérios adotados foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais no período de 1986 a 2007; artigos indexados com as palavras-chave ou descritores de saúde: “dor”, “doente terminal”, “idosos”, “fisioterapia”, “enfermagem”, “*pain*”, “*terminally ill*”, “*elders*”, “*physiotherapy*” e “*nursing*”; artigos publicados em inglês, espanhol e português; artigos referentes a intervenções da enfermagem e da fisioterapia no tratamento de dor em pacientes idosos terminais; artigos disponíveis nas bibliotecas do Brasil, em formato impresso e por meio eletrônico por meio do portal Capes e SciELO. Foram identificados 44 artigos científicos, sendo 13 artigos na área de fisioterapia e 9 na área da enfermagem, até 30 de janeiro de 2008.

A DOR NO PACIENTE IDOSO TERMINAL

A dor de um paciente portador de uma doença fora de possibilidade de cura pode ter uma conotação terrível pelo fato de anunciar-lhe de certa forma que a sua morte está a caminho¹. Fierro¹⁷ afirma que o sintoma mais comum em doenças avançadas é a dor (60%-75%), podendo aumentar em até 80% em pacientes institucionalizados e ser ainda maior em pacientes

hospitalizados¹⁷. Em outro estudo, Kutner *et al.*¹⁸ referem que os idosos que estavam em hospice em cuidados paliativos apontaram a dor como sintoma mais prevalente e angustiante (92%)¹⁸. Em pacientes geriátricos, a dor pode vir acompanhada de peculiaridades como o efeito cumulativo da progressão de doenças crônicas dolorosas e o aumento na incidência de condições associadas à dor. Além disso, é comum a ocorrência de múltiplas complicações médicas e mais efeitos colaterais de diferentes tratamentos durante a velhice⁹.

As principais causas de dor no idoso (especialmente a dor crônica) são: doenças osteoarticulares (principalmente degenerativas), fraturas, doenças vasculares periféricas, neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, síndrome dolorosa pós-acidente vascular encefálico (AVE), neuropatias periféricas, polimialgia reumática e, principalmente, doenças neoplásicas¹³.

Diversos autores afirmam que os níveis de sensibilidade da dor aumentam regularmente com a idade. É necessário recordar que isso não significa ausência de dor e, portanto, o paciente geriátrico com dor precisa de um adequado tratamento^{2,8,9,19}. Os princípios do tratamento da dor (procedimentos paliativos em geral) são similares em adultos e nos idosos, porém deve-se conhecer as peculiaridades dessa etapa da vida e fazer um enfoque terapêutico mais adequado e racional¹⁴. Os aspectos precisos sobre o que a idade altera nos mecanismos de dor não estão bem esclarecidos, sendo muitos autores contraditórios.

AVALIAÇÃO DA DOR NO IDOSO

A avaliação da experiência dolorosa é fundamental para compreender a origem e a magnitude da dor, para a implementação de medidas analgésicas e verificação da eficácia das terapias instituídas^{20,21}.

A avaliação da dor compreende a identificação das características da dor, ou seja, da localização, intensidade, duração, qualificações, fatores de melhora e piora do quadro algico e as influências da dor no desempenho das atividades de vida diária, visando identificar as repercussões da dor no funcionamento biológico e psicossocial do paciente⁹.

Os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são determinar os elementos que possam justificar, manter ou exacerbar a dor, o sofrimento e a incapacidade, apurar o impacto da dor na vida do indivíduo e verificar a eficácia das intervenções terapêuticas propostas⁸.

A Sociedade de Geriatria Americana (AGS) descreve como indicadores não verbais da dor as mudanças em padrões de atividade ou rotinas como: recusa de alimento, mudança de apetite, confusão aumentada, irritabilidade, alterações da respiração, movimentos ou restrito, entre outros²².

A observação dos comportamentos de dor, vocalização (choro, gemidos), expressão facial (contração muscular) e movimento postural (postura de proteção) deve ser cautelosa, pois, na dor crônica, não há comportamentos específicos⁹.

A necessidade de quantificar e qualificar a sensação dolorosa e medir o alívio obtido com as terapias levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação de dor que facilitam a comunicação do paciente, permitem comparações individuais e grupais, possibilitam maior compreensão da experiência dolorosa e das repercussões dela na vida do doente. Em síntese, a escala deve ser adequada ao paciente e ao objetivo que se pretende atingir²¹.

Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação da dor. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar a severidade e a intensidade da dor. Os instrumentos multidimensionais, no entanto, são empregados para avaliar e mensurar diferentes dimensões da dor. As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afetiva e a avaliativa²³.

Entre as escalas para a avaliação da dor citadas na literatura, destacam-se:

- Escala verbal: o paciente quantifica a experiência dolorosa usando frases que representam diferentes intensidades subjetivas de dor, como “nenhuma dor”, “dor leve”, “dor moderada”, “dor forte”, “dor insuportável” e “a pior dor possível”. A variação dessa escala, em forma de termômetro, é preferida para pacientes com alterações moderadas e severas ou para pacientes que têm dificuldades de abstração e de comunicação verbal^{8,10,21,23}.
- Escala numérica: permite quantificar a intensidade da dor utilizando números. Geralmente, possui 11 pontos, de 0 a 10. O ponto 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa a “pior dor possível”. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente^{8,10,23}.
- Escala analógica visual: consistente numa linha reta, de 10 cm, que representa o contínuo da dor, ancorada pelas palavras “sem dor” e “pior dor”. Porém, pode ser uma linha vertical ou

curva, de diferentes comprimentos. Solicita-se que o indivíduo marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve medir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras “sem dor” e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à intensidade de sua dor. Esse tipo de escala requer nível maior da função cognitiva, por isso pode ser inapropriada para pacientes com baixos níveis de educação e com alterações cognitivas e visuais^{10,24}.

- Escala de faces: consiste de uma série de faces expressando níveis progressivos de angústia. Solicita-se ao paciente que escolha a face que representa a intensidade da sua dor. Essa escala é utilizada para mensuração da dor em idosos com demência. É uma alternativa fidedigna para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves, porém apresenta limitações quando utilizada em pacientes com alterações cognitivas graves^{8,10,24}.
- Escala analógica de cores: avalia de forma não verbal a intensidade da dor. As várias posições da escala são marcadas por tons de vermelhos progressivamente mais escuros, que facilitam a seleção de uma posição que melhor identifique a intensidade de sua dor. O escore é o valor numérico no verso da escala que coincide com a posição escolhida²⁴.
- Questionário de Dor de McGill: é um instrumento validado, provavelmente o mais conhecido dos instrumentos multidimensionais para medir a dor; é uma escala de descritores verbais diferenciados; inclui um diagrama corporal para localização da dor, uma escala de intensidade e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos, que descrevem os componentes sensorial, afetivo e avaliativo da dor. Pimenta, Cruz Barbosa e Teixeira organizaram a versão reduzida do questionário para a língua portuguesa visando facilitar o uso em situações rotineiras²³⁻²⁵.

Na avaliação da dor no idoso, deve-se estar atento à presença de alterações cognitivas que podem alterar a avaliação do quadro doloroso. A comunicação não verbal é essencial para avaliação dos idosos com alterações cognitivas, assim como informações obtidas dos cuidadores e familiares^{9,13,24}.

Os principais instrumentos utilizados na avaliação da dor requerem habilidades de comunicação verbal

e cognitiva. A escala *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) foi desenvolvida para ser usada em pacientes nos estágios avançados de demência e é composta por cinco itens: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo^{23,26-28}.

De modo geral, aferir a intensidade da dor é fundamental para o planejamento e a verificação da terapia proposta. Para isso, a equipe multidisciplinar deve analisar a sua intervenção e, a partir dela, avaliar a reação do paciente às ações que lhe foram executadas e alterá-las, se necessário. Assim, poderá ser considerada satisfatória a assistência ao paciente diante da problemática da dor^{10,13,25}.

A avaliação da dor no idoso, portanto, é uma tarefa complexa que deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. A escolha das escalas existentes deve ser criteriosa, conforme a individualidade e especificidade de cada caso e com registro adequado^{9,10,13}.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA DOR

O papel da enfermagem é preponderante no tratamento da dor, tendo como foco principal o cuidado e a manutenção da qualidade de vida em todas as fases do processo da doença, ou seja, diagnóstico, tratamento, reabilitação²⁹.

Por meio da compreensão dos múltiplos fatores envolvidos na dor, o enfermeiro pode atuar em relação ao paciente e à família objetivando uma assistência eficaz do ponto de vista técnico, científico, humano e ético. Para isso, é necessário estar disponível para ouvir, compreender e fornecer as orientações quantas vezes for necessário, estabelecendo uma relação de empatia com o paciente²³.

A Sistematização do Atendimento de Enfermagem (SAE) envolve uma abordagem sistemática e científica na assistência ao indivíduo com dor e suas famílias. O enfermeiro coleta dados, identifica problemas, planeja, implementa e avalia intervenções (farmacológicas e não farmacológicas), bem como propõe alterações baseadas nas avaliações²³.

O paciente com dor pode ser incapaz de participar das atividades habituais da vida cotidiana ou de realizar seu costumeiro autocuidado. Cabe à equipe de enfermagem atender às necessidades físicas e de autocuidado do paciente, como cuidados na higiene, conforto e alimentação, intervenções na vigência de tratamento farmacológico, intervenções não farma-

cológicas, monitorização de sinais vitais e medidas educativas para o doente e a família^{23,28}.

Em suma, a enfermagem pode realizar diversas ações para o alívio da dor e a manutenção da qualidade de vida do paciente idoso terminal, entre as quais se destacam:

- Posicionamento confortável: frequentes mudanças de posição são necessárias para aliviar e redistribuir a pressão sobre a pele do paciente. Nos idosos, a pele apresenta alterações, como a diminuição dos fosfolípidios, em que os músculos sofrem atrofia e as estruturas ósseas ficam proeminentes, fazendo com que os idosos se tornem mais suscetíveis a úlceras por pressão, as quais provocam dor e sofrimento^{23,28}.
- Controle dos fatores ambientais: criar um ambiente calmo, diminuindo estímulos luminosos e sonoros, podendo ser criado um espaço para que os entes queridos permaneçam com os idosos, se desejável^{23,28}.
- Controle da ansiedade relacionada com a dor: o paciente ansioso a respeito da dor pode ser menos tolerante a ela. A ansiedade pode ser reduzida mediante explicações que indicam o grau de alívio da dor esperado a partir de cada medida. Existem estratégias que podem ser utilizadas pela enfermagem como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a técnica de orientação educativa²⁸⁻³⁰.

As TCC são utilizadas, principalmente, para controlar a dor, o medo e a ansiedade. Os princípios norteadores do seu uso são que os comportamentos humanos são socialmente aprendidos – o indivíduo pode aprender ou reaprender comportamentos que lhe tragam melhor funcionalidade e bem-estar. São utilizadas técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida^{28,30}.

A atuação educativa do enfermeiro é realizada por meio de consultas individuais, demonstração, filmes, folhetos e manuais e pode ocorrer em diferentes contextos. O objetivo é tornar os pacientes e familiares agentes de autocuidado e participantes ativos do processo terapêutico²⁹.

No tratamento farmacológico, observa-se no idoso a predisposição para desenvolver sedação e confusão mental quando faz uso de diferentes drogas². O enfermeiro deverá conhecer a farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas utilizadas para uma correta monitorização, que determinará a eficiência da analgesia, o ajuste das doses e o manejo dos efeitos colaterais²³.

Enfim, o enfermeiro deve possuir conhecimentos técnicos e científicos suficientes para assistir os pacientes com afecções dolorosas, contribuindo com a equipe multidisciplinar para um adequado controle algico²³.

“O grande ensinamento da Medicina Paliativa e dos Cuidados ao Fim da Vida é que há um limite para a cura, não para os cuidados. Sempre haverá alguma medida, por menor que seja, até mesmo um toque, que aliviará e confortará o paciente em sua fase final”³⁰.

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOR

O fisioterapeuta tem um papel fundamental no controle da dor de pacientes sem possibilidade de cura, podendo utilizar métodos e recursos não invasivos exclusivos de sua profissão, que são imensamente úteis no controle da dor, fazendo com que sua atuação colabore com o tratamento multiprofissional, necessário para o atendimento desses pacientes^{5,11,12}.

A literatura científica demonstra a efetividade das técnicas e recursos fisioterapêuticos utilizados por idosos que se encontram restritos ao leito por tempo prolongado. No entanto, não há muitos artigos de revisão bibliográfica que compilem todos os dados referentes à abordagem que a fisioterapia pode desenvolver com esse paciente, dentro da equipe multidisciplinar, do contexto da dor³¹.

É muito importante deixar claros os objetivos da fisioterapia tanto para a equipe como para os familiares e o paciente a ser tratado, facilitando, assim, a aceitação e a adesão ao tratamento proposto⁵.

Entre os métodos analgésicos, há os meios físicos e a terapia manual. A eletroestimulação traz resultados rápidos, no entanto esse alívio é variável entre os pacientes^{4,12}.

A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é um método que utiliza a corrente elétrica para induzir analgesia. Alguns autores já demonstraram que a TENS de baixa e alta frequência, aplicada em animais e humanos, induziu analgesia principalmente por liberação de opioides endógenos. Já outros estudos de experimentação mostraram que a TENS de baixa frequência é menos efetiva em animais tolerantes à morfina, quando comparada à TENS de alta frequência. A partir desses estudos, é possível observar que pacientes em uso crônico de morfina podem não se beneficiar da analgesia induzida pela TENS de baixa frequência, sendo mais indicada a de alta

frequência (maior que 50 Hz), por apresentar outro mecanismo de analgesia^{11,32-36}.

O estudo de Hamza *et al.*³⁷ comparou o uso de TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), constatando uma diminuição no escore da escala análoga visual (VAS) e a incidência de náuseas e de prurido local de forma significativa³⁷. McQuay *et al.*³⁸, numa ampla revisão sistemática, não encontraram evidências para o uso de TENS em dor em fase aguda, porém encontraram efeitos analgésicos em dor crônica³⁸.

A TENS, se bem indicada, pode trazer inúmeros benefícios no controle da dor^{5,11,12,32,33}.

O uso da corrente interferencial é bem estabelecido para diminuição da dor, no entanto ainda não há consenso sobre qual variação da amplitude modulada de frequência (AMF) é mais eficaz. Não foram encontradas diferenças na analgesia em grupos com AMF de 5, 40, 80, 120, 160, 200, 240 Hz. Talvez essa diferença esteja relacionada com as características individuais de tecidos da pele e músculos durante passagem da corrente; variações de lípides, água e íons interferem na geração da corrente interferencial, não sendo possível definir o quão é reprodutível o fenômeno no interior dos tecidos^{5,39}.

A termoterapia superficial (bolsa térmica e compressa de parafina) também pode ser utilizada para aliviar a dor de pacientes geriátricos em controle paliativo, tendo como objetivo promover relaxamento muscular, interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, tomando apenas o cuidado com a pele desses pacientes que estão mais fragilizados^{4,11}.

Mense⁴⁰ demonstrou que o aquecimento da pele, por meio do calor superficial, é capaz de reduzir a atividade dos motoneurônios gama, na medula espinhal, e a atividade elétrica das fibras intrafusais, reduzindo o espasmo muscular e a dor⁴⁰. O calor superficial possibilita, também, a remoção de produtos do metabolismo, bem como de mediadores químicos responsáveis pela indução da dor e, consequentemente, do espasmo muscular reflexo. O uso do calor superficial é bem semelhante ao da crioterapia, em que o tempo recomendado é de 15 a 20 minutos, sempre reforçando a proteção do local exposto ao calor^{5,11}.

A crioterapia provoca vasoconstrição por aumento da atividade simpática, após estimulação dos receptores de frio na pele. Essa ação vasoconstritora reduz os mediadores químicos que são liberados no local da lesão e, dessa forma, controlam o contato desses mediadores inflamatórios com os nociceptores, reduzindo, assim, a dor^{11,41}. A crioterapia tem um histórico expressivo como tratamento de dor, com eficácia

comprovada, baixo custo e fácil aplicação. Porém, por sua simplicidade, deixou de ser utilizada e seu uso ficou reduzido a apenas alguns casos, como torções e contusões. Não há estudos sobre a diminuição de dor em pacientes em fase terminal por meio de crioterapia, mas sua aplicação pode ser útil para dores musculoesqueléticas, sendo realizada por bolsas ou imersão em água gelada duas a três vezes ao dia durante 15 a 20 minutos¹¹.

Os métodos como mobilizações articulares, alongamentos e massoterapia também podem ser utilizados para complementar o tratamento da dor, diminuindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual, prevenindo rigidez e deformidades articulares e agindo também para diminuir a ansiedade, muito comum nesses pacientes^{4,11,12,42}.

O alongamento é eficaz e pode ser utilizado com relativa facilidade e baixo custo, sempre com orientação de um fisioterapeuta ou fisiatra. A queixa de uma dor muscular pode ser devida à perda da flexibilidade, que leva a um encurtamento da musculatura. O alongamento mostra ser eficaz na diminuição da dor e na melhora de outros sintomas, como a ansiedade, em comparação ao condicionamento físico^{9,11,12}.

A massoterapia também é uma técnica comumente utilizada como terapia complementar nos pacientes, com o objetivo de analgesia¹². A massoterapia é definida como a manipulação dos tecidos moles do corpo, executada com as mãos, com o propósito de produzir efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso. A massoterapia produz a estimulação mecânica dos tecidos, mediante a aplicação rítmica de pressão e estiramento. A pressão comprime os tecidos moles e estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar, e pode ser utilizada com o objetivo de induzir o relaxamento muscular e o alívio da dor¹¹. Em um estudo de Ferreira e Lauretti⁴³ que utilizou massoterapia para alívio da dor e melhora da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, concluiu-se que a realização de 10 dias subsequentes de massagem padronizada em pacientes com dor oncológica resultou em menor consumo diário de morfina, melhor qualidade de vida, sem, contudo, aumentar a incidência dos efeitos adversos, revelando-se uma técnica adjuvante alternativa para o tratamento da dor oncológica⁴³.

Muitos profissionais tendem a evitar tocar em pacientes idosos, especialmente os que sofrem de doenças em fase terminal, porém o toque e a proximidade física podem ser a maneira mais importante de entrar em comunicação com uma pessoa na terminalidade,

transmitindo-lhe a noção de que é importante como ser humano⁴⁴.

É importante ressaltar que, antes de utilizar qualquer técnica, se deve avaliar e levar em conta a contraindicação de cada recurso fisioterápico, respeitando a individualidade de cada paciente, observando e analisando as patologias apresentadas por eles^{4,5,9,11,12}.

CONCLUSÕES

O moderno enfoque do tratamento da dor com equipe multidisciplinar (união de diversos profissionais como médico, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira, assistente social e outros) permite abranger muitos dos aspectos que afetam o paciente em fase terminal, que na geriatria se torna mais complexo pelas comorbidades apresentadas.

Dentro da abordagem dos pacientes geriátricos terminais com dor, a identificação à primeira vista pode ser difícil. Com isso, um bom preparo dos profissionais para a escolha da ferramenta adequada a ser utilizada e saber identificar o sintoma são de suma importância para que sejam estabelecidos objetivos e condutas adequados para cada paciente, sempre respeitando sua individualidade. Isso tende a tornar as terapias mais eficazes.

A fisioterapia e a enfermagem possuem vários recursos para redução de dor, tendo como objetivo principal a melhora da qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas.

É de vital importância que, além da equipe multidisciplinar, o próprio paciente e as pessoas que cuidam dele ou convivem com ele estejam empenhados em seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. *Rev Prática Hospitalar*. [citado 2007 set. 28]. 2004;35. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html>>.
- Pedroso AR, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):270-6.
- Pessini L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L, orgs. *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004, p. 12-30.
- Ura C. Cuidados paliativos em enfermagem de geriatria: uma visão fisioterápica [monografia]. São Paulo (SP): Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira; 2002.
- Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerologia*. 2005;5(1):67-77.
- Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara; 2005.
- Larsson A, Wijk H. Patient experiences of pain and pain management at the end of life: a pilot study. *Pain Manag Nurs*. 2007;8(1):12-6.
- Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenção de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):50-4.
- Carvalho MMMJ. *Dor: um estudo multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo (SP): Summus; 1999.
- Andrade AF, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(2):271-6.
- Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev Bras Cancerologia*. 2005;51(4):339-46.
- Felício ECS, Pereira EF, Gomes D. Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais. *CAD Centro Universitário São Camilo*. 2006;12(2):87-91.
- Neto JT, Pintarelli VL, Yamatto TH. *À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar*. São Paulo (SP): Manole; 2007.
- Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. *Mundo Saúde*. 2003;(27):58-63.
- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002;10(3):446-7.
- Miceli AVP. Dor crônica e subjetiva em oncologia. *Rev Bras Cancerologia*. 2002;48(3):363-73.
- Fierro CN. *Medicina paliativa: mención al alivio del dolor*. ARS Med (Santiago). 2005;(11):23-42.
- Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL, Fairclough DL. Time course and characteristics of symptom distress and quality of life at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34(3):227-36.
- Chaviano PJJ, Rondon BR. Consideraciones acerca del dolor en el anciano con cáncer. *Rev Cuba Oncol*. 1998;14(1):26-34.
- Jacob Filho W, Magaldi RM, Chiamolera M. A dor no idoso. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000, p. 659-65.
- Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
- Lersel TV, Timmerman D, Mullie A. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(2):54-9.
- Leão ER, Chaves LD. *Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 2. ed. São Paulo (SP): Martinari; 2007.
- Augusto ACC, Soares CPS, Resende MA, Pereira LSM. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Textos Envelhecimento [periódico da internet]* 2004 [citado 2007 set 28]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282004000100006&lng=pt&nrm=iso>.
- Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor MCGILL em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatr*. 2006;13(2):75-82.
- Zwakharen SMG, Hamers JPH, Berger MPF. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. 2006;126:210-20.
- Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, Ghianda D, Franzoni S, Padovani A, et al. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44:175-80.
- Pimenta AMP. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev Psiq Clín*. 2001;28(6):288-94.

29. Secoli SR, Padilha KG, Leite CBO. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para prática de enfermagem. *Rev Bras Cancerologia*. 2005;51(4):331-7.
30. Burla C. Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da medicina geriátrica. *Textos Envelhecimento* [periódico da internet]. [citado 2007 set. 28]. 2002;4(8). Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000200003&lng=pt&nrm=isso>.
31. McCoughlan MA. Necessidade de cuidados paliativos. *Mundo Saúde*. 2003;27(1):6-14.
32. Lampe G. Estimulação nervosa transcutânea. In: Irwin S. *Reabilitação física: avaliação e tratamento*. São Paulo (SP): Manole; 1993; p. 739-58.
33. Johnson KS. Transcutaneous electrical nerve stimulation. In: Raj PP. *Practical management of pain*. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1986; p. 783-95.
34. Chandran P, Sluka KA. Development of opioid tolerance with repeated transcutaneous electrical nerve stimulation administration. *Pain*. 2003;102:195-201.
35. Sluka KA, Walsh D. Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science, mechanisms and clinical effectiveness. *Pain*. 2003;4:109-21.
36. Resende MA, Gonçalves HH, Sabino GS, Pereira LSM, Francischi JN. Redução do efeito analgésico da estimulação elétrica nervosa transcutânea de baixa frequência em ratos tolerantes à morfina. *Rev Bras Fisioterapia*. 2006;10(3):291-6.
37. Hamza MA, White PF, Ahmed HE, Ghoname EA. Effect of the frequency of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postoperative opioid analgesic requirement and recovery profile. *Anesthesiology*. 1999;91(5):1232-8.
38. McQuay HJ, Moore RA, Eccleston C, Morley S, Williams AC. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assess*. 1997;1(6):1-135.
39. Johnson MI, Tabasam G. An investigation into the analgesic effects of different frequencies of the amplitude-modulated wave of interferential current therapy on cold-induced pain in normal subjects. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(9):1387-94.
40. Mense S. Effects of temperature on the discharges of muscle spindles and tendon organs. *Pflugers Arch*. 1978;374:159-68.
41. Michlovitz SL. *Thermal agents in rehabilitation*. 3. ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1996, p. 30-57.
42. Franco ML, Seoane AL. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8(1):45-54.
43. Ferreira ASM, Lauretti GR. Estudo dos efeitos da massoterapia no alívio da dor e na melhora da qualidade de vida em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. *Rev Dor*. 2007;7(2):983-93.
44. Montagu A. *Tocar o significado humano da pele*. São Paulo (SP): Summus; 1988, p. 369-76.