

**ELIZÂNGELA CRISTINA ROCHA DA SILVA**

**PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA ABORDAGEM  
FISIOTERAPÊUTICA**

Artigo apresentado ao curso de Pós-Graduação  
Latu Sensu em Fisioterapia em Unidade de  
Terapia Intensiva da Universidade Católica de  
Brasília, como requisito parcial para obtenção  
do Título de especialização em Fisioterapia em  
Unidade de Terapia Intensiva.

Orientadora: Prof. MSc. Maria do Horto Obes  
de Melo

Brasília  
2016



Artigo de autoria ELIZÂNGELA CRISTINA ROCHA DA SILVA, intitulado PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Especializado(a) em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva da Universidade Católica de Brasília, em (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_), defendido e assinado pela banca examinadora abaixo assinada:

---

Prof. MSc. Maria do Horto Obes de Melo  
Orientadora  
Pós-Graduação em Unidade de Terapia Intensiva- UCB

## PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

ELIZÂNGELA CRISTINA ROCHA DA SILVA

### Resumo

**Objetivo:** Realizar uma revisão literária sobre o perfil do paciente oncológico internado em Unidade de Terapia Intensiva e as possíveis condutas fisioterapêuticas utilizadas nesses indivíduos. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas SciELO e PubMed. Procurou-se obedecer rigorosamente critérios de inclusão: texto na íntegra, escritos em português, e inglês, artigos nos últimos seis anos, de pacientes oncológicos, adultos, em Unidade de Terapia Intensiva, sem restrições sobre o tipo de estudo. **Resultados:** A partir de oito artigos, uma tese, uma dissertação selecionada, verificou-se que existem possibilidades terapêuticas positivas a serem utilizadas pelos fisioterapeutas, destacando-se quando o uso de ventilação mecânica e o tratamento paliativo. **Discussão:** A medida que o câncer progride maior a necessidade de cuidados integrados em áreas multiprofissionais, o fisioterapeuta complementa a abordagem que o paciente necessita tanto no tratamento da sintomatologia quanto na qualidade de vida. **Conclusão:** Faz-se necessária a publicação de pesquisas sobre o tema a fim de gerar evidências científicas no fazer profissional da Fisioterapia.

Palavras-chave: Ventilação mecânica. Fisioterapia. Câncer. Unidade de Terapia Intensiva.

## Introdução

Aproximadamente 15% dos pacientes admitidos, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) européias têm câncer ativo. Estudo realizado no Brasil encontrou prevalência de 21.5% de câncer entre as admissões à UTI <sup>1</sup>.

Almeida (2014) e Silva (2015) relatam que a incidência aumenta progressivamente, sendo registrado maior número de casos novos anualmente, também foi observada maior sobrevida de pacientes que necessitam de ventilação mecânica, relacionadas ao diagnóstico precoce, indicação adequada de internações e avanços nas áreas de Terapia intensiva e oncologia.

Geralmente, pacientes com chance de cura ou controle do câncer e que apresentam complicações clínicas, potencialmente reversíveis são internados na UTI, e os cuidados nessa contribuem para redução da mortalidade desses, inclusive os de maior risco como aqueles com sepse ou submetidos à ventilação mecânica e mesmo aqueles que não têm possibilidades terapêuticas de cura, às vezes o suporte de da UTI é necessário para o alívio de sintomas imediatos e melhora da qualidade de vida <sup>3</sup>.

A gravidade e a causa da doença aguda, e características do câncer são fatores preditivos de mortalidade. Há tempos atrás, o mau prognóstico de doença de base e a alta letalidade dos pacientes com câncer e gravemente enfermos constituíam um cenário de contraindicação relativa à internação em UTI <sup>1</sup>.

Conforme Silva (2015) o *Guidelines for intensive care unit, admission, discharge, and triage, da Society of Critical care Medicine*, é proposto um sistema de prioridades: 1 representa pacientes que se beneficiarão da internação em UTI, prioridade 3 pacientes com neoplasias metastáticas e infecção e prioridade 4 pacientes que não terão benefício algum (câncer metastático não responsivo à quimioterapia).

Um pior prognóstico em pacientes graves com neoplasias hematológicas já foi identificado como a necessidade de suporte ventilatório invasivo, isso quando maior número de disfunções orgânicas instaladas, e a infiltração neoplásica de órgãos. Sabe-se que a insuficiência respiratória é a principal razão para a internação de doentes oncológicos em terapia intensiva <sup>4</sup>.

No transplante de medula óssea (TMO), o indivíduo permanece durante um longo período em isolamento e fica exposto a uma diversidade de toxinas quimioterápicas, as quais restringem as atividades físicas e potencializam os efeitos deletérios sobre o sistema cardiopulmonar. A alta morbimortalidade relacionada à possível infiltração do sistema nervoso central, e a infecção ao tratamento, instiga a atuação fisioterapêutica na prevenção de complicações, como pneumonias intersticiais e infecções. Sabendo que as complicações pulmonares são responsáveis por 40% a 60% dos óbitos em pacientes submetidos ao TMO<sup>5</sup>.

Segundo Almeida (2014) tais pacientes podem ter morte por qualquer causa ou complicações graves: cardiovasculares, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência renal com necessidade de diálise, choque séptico e reoperação. O câncer provoca esgotamento das reservas nutricionais, o que resulta em perda ponderal, e indica que a desnutrição e a caquexia associam-se à diminuição da resposta ao tratamento específico e à qualidade de vida, favorecendo maior risco de infecção e aumento da morbimortalidade. Quando os pacientes estão sob cuidados intensivos, a desnutrição é considerada um fator de risco independente para a sobrevida, o que gera uma diminuição da massa muscular, afetando inclusive o diafragma e intercostais. Sendo o sistema respiratório um dos mais afetados e os distúrbios minerais, eletrolíticos e energéticos, decorrente da desnutrição, são responsáveis pela diminuição da contratilidade dos músculos, afetando a estrutura, elasticidade, função,

força, resistência, dos mecanismos de defesa imunológica pulmonar e o controle da respiração, podendo levar à fadiga muscular e, conseqüentemente, à insuficiência respiratória aguda. E à menor resistência muscular, aos esforços e à dificuldade para o desmame da ventilação artificial.

A Ventilação Mecânica (VM) oferece grandes riscos ao paciente, o que leva o aumento do tempo de internação, altos custos hospitalares, maior chance de traqueostomia e maiores riscos de morbimortalidade<sup>6</sup>.

Na maioria dos pacientes a retirada da VM ocorre com sucesso, mas uma proporção desses apresenta falência de extubação, ou seja, há necessidade de reintubação após 24 a 72 horas da retirada da traqueostomia (TQT)<sup>6</sup>.

Cipolat (2011) lembra que durante o tratamento, ocorrem alterações cinéticas funcionais devido a diminuição na amplitude dos movimentos ativos e passivos, da redução da força muscular, atraso no desenvolvimento motor grosseiro, limitação da mobilidade funcional e descondicionamento físico. A Fisioterapia na oncologia surge para preservar, manter e restaurar a integridade cinética funcional dos órgãos e sistemas do paciente oncológico, e prevenir os distúrbios causados no tratamento da doença, conforme esclarece o Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Considerando o exposto acima, o presente estudo realizou uma revisão literária sobre o perfil dos pacientes oncológicos internados em UTI e as possíveis condutas fisioterapêuticas utilizadas nesses indivíduos.

## **Material e métodos**

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, PubMed e SciELO. Sendo selecionados 8 artigos, uma tese e uma dissertação.

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão: texto na íntegra, artigos dos últimos seis anos, de pacientes oncológicos, adultos, em Unidades de Terapia Intensiva, nos idiomas de português e inglês, e sem restrições do tipo de estudo. Tais estratégias foram tomadas com o intuito de maximizar os resultados da pesquisa, uma vez que foi identificada uma escassez de material científico acerca desta temática. Foram excluídos os estudos que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados.

## **Resultados**

Nos ensaios clínicos desse estudo utilizaram, respectivamente: exercícios aeróbicos, alongamentos e flexibilidade, fortalecimento muscular; exercícios respiratórios; higiene brônquica, auxílio e suporte de O<sub>2</sub>, e ventilação mecânica; treinamento funcional; treino das atividades de vida diária, relaxamento e orientações posturais<sup>5</sup>.

As intervenções com cinesioterapia: movimentos ativos de dorsiflexão de tornozelo e de extensão do joelho, alongamentos em toda amplitude de movimento, exercícios aeróbicos (corrida, caminhada, subir/descer escadas). Exercícios funcionais nas mãos e pernas, e de alta intensidade (saltar), esportes recreativos, evitando uma possível fadiga.

A termoterapia por calor superficial pode ser realizada pelo uso de bolsas térmicas, banhos de contraste, infravermelho, e por calor profundo são: o ultrassom, laser. E o uso de Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS) recomendado para analgesia<sup>7</sup>.

Cipolat (2011) indicou o uso de incentivadores respiratórios e técnicas de expansão pulmonar, promovendo maior contração dos músculos intercostais e do diafragma, assistência respiratória, para reduzir a dispnéia, promover conforto.

Em pacientes com leucemia, os fisioterapeutas devem sempre considerar a contagem de plaquetas, hemoglobina e hematócrito antes de iniciar qualquer terapêutica. Se a contagem de plaquetas estiver de 20 mil a 30 mil/mm<sup>3</sup>, realizar exercícios ativos leves, sem resistência, e acima 30 mil/mm<sup>3</sup> podem fazer ativos moderados, sem resistência. Com plaquetas acima de 50 mil/mm<sup>3</sup>, podem ser realizados exercícios ativos com resistência<sup>5</sup>.

E na contagem de Hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht): Se os valores de Hb estiverem abaixo de 8g/dl e o Ht menor que 25%, podem ser realizados somente exercícios passivos e/ou atividades rotineiras da vida diária. Com Ht de 25% a 35% e Hb entre 8 a 10g/dl podem ser realizadas atividades aeróbicas leves. Para valores de Ht acima de 35% e Hb maior que 10g/dl, são indicados exercícios aeróbicos conforme a capacidade física apresentada pelo paciente<sup>5</sup>.

Tabela 1- Artigos selecionados

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desfecho</b>
1. Karina Normilio Da Silva (2015)	Qualidade de vida relacionada à saúde e tempo de sobrevida ajustado para qualidade de vida em pacientes com câncer internados em UTI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde antes do início da doença aguda que motivou a internação, e durante o seguimento de 18 meses;</li> <li>- Avaliar anos de vida ajustados para qualidade de vida durante o seguimento de 24 meses;</li> <li>-Descrever sobrevida global em 24 meses e conforme características de base dos pacientes;</li> <li>- Descrever anos de vida ajustados para a qualidade de vida ao longo do seguimento de 24 meses conforme características de base;</li> <li>-Descrever QVRS ao longo do seguimento de 18 meses conforme características de base.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade de vida relacionada à saúde mensurada pelo EQ-5D-3L aos 15dias, 3 meses, 6meses, 12meses e 18meses;</li> <li>-Anos de vida ajustados para qualidade de vida em 24 meses;</li> <li>-sobrevida em 24 meses;</li> </ul>
2. Juliano Pinheiro Almeida (2014)	Estratégia liberal de transfusão de hemácias versus estratégia restritiva em pacientes submetidos à cirurgia oncológica: estudo controlado e randomizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar uma estratégia restritiva de transfusão de hemácias comparada a uma liberal na evolução clínica de pacientes submetidos à cirurgia oncológica abdominal de grande porte;</li> <li>- Identificar fatores preditores de mortalidade e complicações clínicas graves;</li> <li>- Ver fatores de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidência de complicações graves nos grupos submetidos à transfusão de hemácias: choque séptico, cardiovasculares, insuficiência renal aguda com diálise, síndrome do desconforto respiratório SDRA e necessidade de reoperação;</li> <li>- Complicação respiratória grave =</li> </ul>

		transfusão pós-operatória nos pacientes submetidos à cirurgia abdominal.	SDRA (relação PaO <sub>2</sub> e FiO <sub>2</sub> inferior a 200 e infiltrado pulmonar bilateral na radiografia de tórax).
3. Alice Mânica Müller, Marcelo Basso Gazzana, Denise Rossato Silva (2013)	Outcomes for patients with lung cancer admitted to intensive care units.	- Avaliar o desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos na UTI e verificar o perfil clínico demográfico desses indivíduos.	- Nossos resultados mostraram que a mortalidade dos pacientes com câncer de pulmão admitidos em UTI está associada com o tempo de permanência na VM e a necessidade de diálise.
4. Viviane Bogado Leite Torres, Marcio Soares (2015)	Pacientes com neoplasias hematológicas internados nas unidades de terapia intensiva; novos desafios para os intensivistas.	Fatores independentes associados a um pior prognóstico em pacientes graves com neoplasias hematológicas já foram identificados, como a necessidade de suporte ventilatório invasivo, o maior número de disfunções orgânicas instaladas, a pior performance status e a infiltração neoplásica de órgãos. O desafio agora é avaliar se tais achados têm se traduzido em benefícios à beira de leito nos diferentes cenários.	- A recomendação de especialistas a respeito da ampliação das políticas de internação de pacientes com neoplasias hematológicas nas UTI e o suporte intensivo pleno nos primeiros dias devem estar alinhados à percepção da doença crítica em seu estágio inicial. Idealmente, antes que as disfunções orgânicas já estejam instaladas.
5. Sabrina Cipolat, Bruna Braz Pereira, Fernanda Vargas Ferreira (2011)	Fisioterapia em pacientes com leucemia: revisão sistemática.	- Revisão sobre as possíveis condutas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes com leucemia.	-Utilizaram respectivamente: exercícios defortalecimento muscular; aeróbicos, treinamento funcional (atividades de vida diária); de flexibilidade e alongamentos; exercícios respiratórios. - Exercícios para investigaros efeitos sobre a densidade mineral óssea, a composição corporal, o desempenho motor do tornozelo em indivíduos acometidos pela leucemia linfocítica aguda (LLA ), incluiu alongamentos do mesmo, realizados uma vez ao dia, além de saltos como descarga de peso, feitos duas vezes por dia, sendo que esse programa ficou abaixo do patamar esperado, devido não alcance do tempo de tratamento.

			<p>- O estudo apresentado por Moyer-Mileur <i>et al.</i> – <i>Home Care</i> – objetivando avaliar a viabilidade e o impacto dos exercícios sobre a aptidão física, sistema cardiovascular, força e flexibilidade de crianças de quatro a dez anos com LLA. O programa tinha atividades da vida diária: caminhar, andar de bicicleta ou skate, fazer trabalhos domésticos ou jardinagem; jogos; atividades recreativas/ desportivas e aeróbicas; dança; ciclismo; corrida; ginástica; luta; balé; alongamentos e relaxamento; jogos de computador, filmes, comer, descansar, escutar música e dormir, com duração de 15-20min.e três vezes por semana. Então, constatou-se melhora da aptidão física, e na resposta cardiovascular.</p>
6. Juliana Santos et. al. (2015)	Índice de falência na extubação orotraqueal em UTI oncológica na Amazônia Ocidental.	- Identificar e analisar os índices de falência na extubação orotraqueal em uma UTI oncológica.	- A utilização de um protocolo de um índice preditivo para a extubação reduz, significamente, o índice de falência, diminuindo assim a reintubação e os efeitos adversos da VM.
7. Florentino, Danielle de M. et. al. (2012)	A Fisioterapia no Alívio da Dor: Uma Visão Reabilitadora em Cuidados Paliativos.	- Expor recursos fisioterapêuticos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com câncer.	- Cinesioterapia, órteses (muletas, andadores, cadeiras adaptadas e coletes). Termoterapia (calor superficial e profundo), uso de eletroterapia -TENS. Tais recursos podem ser utilizados em associação com massagem, acupuntura, técnicas de relaxamento, e respiração.
8. Alice Mânica Muller, Daiane Scortegagna, Luciane Dalcanale Moussalle (2011)	Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta.	- Compreender a relação interpessoal estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico em fase terminal.	- Constatou-se, através da análise das entrevistas, que a relação estabelecida entre fisioterapeuta e o paciente oncológico em



9. Juliana Carvalho Shcleder et. al. (2012)	Relação do estado nutricional e dependência de ventilação mecânica em pacientes críticos oncológico.	Verificar a relação do estado nutricional dos pacientes oncológicos em UTI com o tempo de permanência em VM.	<p>fase terminal, por mais difícil que seja lidar com esta situação, é de importância para ambos evidenciada como uma relação de amizade, afetividade e compreensão necessária para a terapêutica do paciente, a fim deste se sentir importante, querido e não abandonado. E que o papel do fisioterapeuta vai muito além do seu trabalho técnico e trata mais do que a condição física do paciente.</p> <p>O tempo médio sob ventilação mecânica encontrado nesse estudo foi de 8horas até 7-14dias considerado um tempo prolongado de permanência. Porém, não foi observada correlação entre IMC e o tempo de permanência em VM. E que o mesmo estar relacionado a outros fatores, como idade, estadio clínico da doença, força muscular, respiratória e falência de órgãos, e não ao estado nutricional determinado pelo IMC.</p>
10. Renan Murta Soares De Almeida (2011)	Perfil de pacientes de pós-operatório oncológico em centro de terapia intensiva.	- Descrever as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia oncológica e sua relação com o desfecho óbito.	- A evolução dos pacientes para o óbito associou-se à sua classificação em Apache II, uso de ventilação mecânica, de aminas vasoativas e desenvolvimento de insuficiência renal aguda.

## Discussão

A medida que a doença progride, maior é a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida. Os cuidados paliativos integram as áreas multiprofissionais e essa interação faz com que o paciente tenha um suporte completo de todos os profissionais. Então, o fisioterapeuta pode atuar de forma a complementar a abordagem paliativa, e obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente

necessita. Nesse aspecto a fisioterapia possui um conjunto abrangente de técnicas que atuam tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida. Entre as principais indicações estão: terapia para alívio da dor, dos sintomas psicofísicos nas complicações osteomioarticulares, linfáticas, na fadiga, melhora da função pulmonar, no atendimento de pacientes neurológicos, cuidados com úlceras de pressão (posicionamento), transferências, melhora da marcha, prevenção de deformidades<sup>8</sup>.

O repouso excessivo resulta em descondição grave, fadiga, redução do estado funcional e do bem-estar. A prática de atividade física pode melhorar o desempenho físico, emocional a qualidade de vida desses pacientes, durante e após o tratamento convencional de quimioterapia, radioterapia e TMO<sup>5</sup>.

Santos (2015) afirmou que a VM oferece grandes riscos ao paciente, o que leva o aumento do tempo de internação, altos custos hospitalares, maior chance de traqueostomia e maiores riscos de morbimortalidade.

Já um estudo europeu que incluiu pacientes com câncer hematológico em 17 UTI na França e Bélgica identificou que a internação na UTI dentro das primeiras 24 horas associou-se às melhores taxas de sobrevida. A mortalidade hospitalar foi de 39%, e tanto o controle da doença neoplásica, quanto a qualidade de vida relacionada à saúde após a alta foram considerados satisfatórios, o que sugere uma adequada relação dos custos com o benefício alcançado<sup>4</sup>.

De acordo com Santos (apud Reis et. al, 2013) na maioria dos pacientes a retirada da VM ocorre com sucesso, mas uma proporção desses apresenta falência de extubação, ou seja, há necessidade de reintubação após 24-72 horas da retirada da TQT.

E no estudo as taxas de sobrevida hospitalar observadas nos pacientes que apresentaram boa resposta à ventilação mecânica e não invasiva (VNI) foram semelhantes, àqueles que não necessitaram de nenhum suporte ventilatório<sup>4</sup>.

Já os pacientes que evoluíram com falha à VNI, a mortalidade foi elevada e superior àquela observada nos pacientes em que a ventilação invasiva foi a primeira opção de suporte ventilatório. Esses resultados apoiam tanto as decisões de escolha da modalidade ventilatória não invasiva para pacientes selecionados, como na identificação precoce dos fatores associados à falha na VNI. E até o momento, o suporte ventilatório invasivo seria a estratégia inicial recomendada<sup>4</sup>.

Schleder (2012) define *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II* (APACHE II), que é uma medida do índice de gravidade de pacientes em UTI, utilizada nas primeiras 24 horas de internamento para avaliar o risco de óbito e o prognóstico dos pacientes; risco de mortalidade estimada; uso de sedativos; tempo sob ventilação mecânica e desfecho do internamento na UTI. No estudo, os motivos de internamento de pacientes com câncer na UTI foram: pós-operatório imediato, 47,37%, seguido de complicações clínicas como insuficiência respiratória e queda do nível de consciência, que somaram 35,09%, e parada cardiorrespiratória, 17,54%. O score de APACHE II obteve média de 26,4% (8,51) pontos e taxa prevista de mortalidade obteve média de 60% (0,24). E a média geral do tempo sob ventilação mecânica foi de 11,2% (8,84) dias<sup>9</sup>.

Na verdade, acredita-se que o tempo de permanência em VM estar relacionado também a outros fatores, como idade, *performance status*, estágio clínico da doença, força muscular respiratória e falência de órgãos, além do estado nutricional<sup>9</sup>.

Insuficiência Respiratória Aguda é uma das complicações mais comum, implica pior prognóstico e requer o uso de ventilação mecânica<sup>3</sup>.

Schleder (2012) declara que pacientes oncológicos que desenvolvem IRA necessitando de VM por mais de 24h de internação apresentam uma taxa prevista de mortalidade duas vezes maior do que pacientes que foram ventilados mecanicamente no prazo de 24 horas de internação<sup>9</sup>.

A ventilação não invasiva (VNI) deve ser oferecida a pacientes estáveis do ponto de vista hemodinâmico e hematológico<sup>9</sup>.

De Almeida (2011) e Schleder (2013) dizem quais as indicações de UTI em indivíduos com câncer: complicações infecciosas, sepse 17,6% e choque séptico, e principalmente IRA 47%. E o que aumenta a permanência quando o paciente apresenta sinais de disseminação do agente infeccioso e uso de drogas vasoativas (DVAS). Assim também, o uso de diálise, VM maior que 6 dias, a IRA, progressão da doença do câncer, e APACHE II elevado à admissão correlacionaram-se com evolução para óbito.

## Conclusões

Paciente com câncer pode se beneficiar dos cuidados intensivos em UTI, pois diversos avanços terapêuticos têm sido buscados para aumentar a sobrevida desse e melhorar sua qualidade de vida, apesar da sua alta taxa de mortalidade. E nesse tocante a Fisioterapia conquista seu espaço, cada vez mais na área da oncologia, desenvolvendo um papel importante nos cuidados aos pacientes terminais, sem possibilidades de cura, ainda que a terapia seja paliativa.

Lembrando que sempre há algo a fazer, mesmo ao admitir que se esgotaram os recursos. E as condutas podem ser adotadas ao paciente e sua família. Mas, somente a técnica não é suficiente para construção de uma identidade profissional. Os profissionais devem possuir conhecimentos para a escuta, diálogo e o devido atendimento às necessidades do paciente.

E por isso faz-se necessária a publicação de pesquisas sobre o tema a fim de gerar evidências científicas no fazer profissional da Fisioterapia.

## Profile cancer patients during intensive care unit: an approach physiotherapeutic

### Summary

**Objective:** To review the literature on the cancer patient profile admitted to the Intensive Care Unit and the possible physical therapy procedures used in these individuals.

**Methodology:** The survey was conducted in electronic databases SciELO and PubMed. Sought to strictly abide inclusion criteria: full text, written in Portuguese and English, articles in the last six years of cancer patients, adults in the intensive care unit, with no restrictions on the type of study. **Results:** From eight articles, a thesis, a selected dissertation, it was found that there are positive therapeutic possibilities to be used by physiotherapists, especially when the use of mechanical ventilation and palliation. **Discussion:** As the cancer progresses the greater the need for integrated care in multidisciplinary areas, the physiotherapist complements the approach that the patient needs both in the treatment of symptoms and the quality of life. **Conclusion:** It is necessary to publish research on the topic in order to generate scientific evidence in professional do physiotherapy.

**Keywords:** Mechanical ventilation. Physiotherapy. Cancer. Intensive care unit.

## Referências

- 1.Silva, Karina Normilio Da; **Qualidade de vida relacionada à saúde e tempo de sobrevida ajustado para qualidade de vida em pacientes com câncer internados em UTI.** São Paulo (SP): 2015.
- 2.Almeida, Juliano Pinheiro; **Estratégia liberal de transfusão de hemácias versus estratégia restritiva em pacientes submetidos à cirurgia oncológica: estudo controlado e randomizado.** São Paulo (SP): 2014.
- 3.Müller, Alice Mânica; Gazzana, Marcelo Basso; Silva, Denise Rossato. **Outcomes for patients With lung câncer admitted to intensive care.** Porto Alegre (RS): 2013.
- 4.Torres, Viviane Bogado Leite; Soares, Marcio. **Pacientes com neoplasias hematológicas internados nas unidades de terapia intensiva; novos desafios para os intensivistas.** Rio de Janeiro (RJ): Revista brasileira de terapia intensiva, 2015.
- 5.Cipolat, Sabrina; Pereira, Bruna Braz; Ferreira, Fernanda Vargas. **Fisioterapia em pacientes com leucemia: revisão sistemática.** Santa Maria (RS): Revista brasileira de cancerologia, 2011.
- 6.Santos, Juliana et. al. **Índice de falência na extubação orotraqueal em UTI oncológica na Amazônia Ocidental.** Buenos Aires: Revista digital. 2015.
- 7.Florentino, Danielle de M. et. al. **A Fisioterapia no Alívio da Dor: Uma Visão Reabilitadora em Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro (RJ):Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, 2012.
- 8.Muller, Alice Mânica; Scortegagna, Daiane; Moussalle, Luciane Dalcanale. **Paciente oncológico em fase terminal: percepção e abordagem do fisioterapeuta.** Três Coroas (RS): Revista Brasileira de Cancerologia, 2011.
- 9.Schleder, Juliana Carvalho et. al. **Relação do estado nutricional e dependência de ventilação mecânica em pacientes críticos oncológico.** Curitiba (PR): 2012.
- 10.Almeida, Renan Murta Soares De; **Perfil de pacientes de pós-operatório oncológico em centro de terapia intensiva.** Belo Horizonte (M