

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
HECI**

FISIOTERAPIA

DAYANE MOREIRA MOZER LOUZADA

**ANÁLISE DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO
SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Cachoeiro de Itapemirim

2019

DAYANE MOREIRA MOZER LOUZADA

**ANÁLISE DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO SUPORTE
VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOB CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, como requisito parcial para obtenção do título de Fisioterapeuta com Ênfase em Atenção ao Câncer.

Orientador: Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro.

Co-orientador: Daiana Meneguelli Leal

Cachoeiro de Itapemirim

2019

DAYANE MOREIRA MOZER LOUZADA

**ANÁLISE DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO SUPORTE VENTILATÓRIO
NÃO INVASIVO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Tipo do trabalho de conclusão de curso apresentado ao Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECl, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Fisioterapeuta com Ênfase em Atenção ao Câncer.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr^a Renata de Oliveira Dias Moulin

Fisioterapeuta - Coordenadora/Preceptora Fisioterapia no Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECl - Membro convidado

Dr^a Daiana Menegueli Leal

Fisioterapeuta - Titulação em Residência com Ênfase em Atenção do Câncer Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - Preceptor Co-orientador

Enf. Gustavo Ribeiro Zigoni

Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim – HECl Preceptor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

Cachoeiro de Itapemirim, Sete de Fevereiro de Dois Mil e Dezenove

ANÁLISE DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO SUPORTE VENTILATÓRIO NÃO INVASIVO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANALYSIS OF THE PHYSIOTHERAPY APPROACH IN NON-INVASIVE VENTILATOR SUPPORT IN ONCOLOGICAL PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

LOUZADA, Dayane Moreira Mozer¹
ZIGONI, Gustavo Ribeiro²
LEAL, Daiana Meneguelli³

RESUMO

Atualmente, as doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito. É de extrema importância a inclusão dos cuidados paliativos no atendimento de pacientes oncológicos, sendo uma necessidade crescente nos hospitais e instituições de saúde. A abordagem fisioterapêutica nos cuidados paliativos assume papel fundamental para qualidade de vida, recuperação funcional, alívio e conforto para pacientes que apresentam quadro de insuficiência respiratória aguda. A ventilação mecânica não invasiva vem se mostrando como ótima alternativa em grupos selecionados de pacientes como os imunodeprimidos e com causas reversíveis de insuficiência respiratória aguda. O objetivo desta revisão literária é analisar os benefícios do suporte ventilatório não invasivo em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizada através da pesquisa de artigos científicos. A pesquisa resultou em 34 artigos relacionados com o tema abordado. Após a leitura crítica dos resumos foram selecionados 5 artigos que relaciona aplicabilidade da VMNI em pacientes sob cuidados paliativos, 23 artigos que apresentaram correlação quanto fundamentação teórica sobre o tema. A VMNI em pacientes sob cuidados paliativos tem sido descrita na literatura, porém há poucos relatos, novos estudos de eficácia e viabilidade são necessários.

Palavras-chave: Fisioterapia; Cuidados Paliativos; Suporte Ventilatório.

ABSTRACT

Currently, oncological diseases are considered a public health problem due to the high incidence, prevalence, mortality, hospital expenses and, above all, the consequences on the quality of life of the subject. It is extremely important to include

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Fisioterapia com Ênfase em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECl, dayane_mozers@hotmail.com.

² Orientador: Enfermeiro/Preceptor do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECl, gustavo.ribeiro@heci.com.br

³ Co-orientadora: Fisioterapeuta do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, daiana.mene@gmail.com

them in the care of oncology patients, a growing need in hospitals and health institutions. The physiotherapeutic approach in palliative care assumes a fundamental role for quality of life, functional recovery, relief and comfort for patients presenting with acute respiratory failure. Noninvasive mechanical ventilation has been shown to be an excellent alternative in selected groups of patients, such as immunocompromised patients with reversible causes of acute respiratory failure. The objective of this literature review is to analyze the benefits of noninvasive ventilatory support in cancer patients receiving palliative care. This is a literature review study, conducted through the research of scientific articles. The research resulted in 34 articles related to the topic addressed. After the critical reading of the abstracts, 5 articles were selected that relate the applicability of NIMV in patients undergoing palliative care, 23 articles that presented correlation and theoretical basis on the subject. NIMV in patients undergoing palliative care has been described in the literature, but there are few reports, new studies of efficacy and viability are needed.

Keywords: Physiotherapy; Palliative care; Ventilatory Support.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de novos casos de câncer vem aumentando a cada ano, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas para os anos de 2018 e de 2019 apontam a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer em cada ano, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Com exceção desse, os tipos de câncer mais incidentes em homens serão de próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) configurarão como os principais (INCA, 2018).

Atualmente, as doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito (HERR et al, 2013).

Os cuidados paliativos é um cuidado que vai além da condição física,

perpassa pelos aspectos psicológicos, sociais, espirituais, na busca da humanização, do respeito ao semelhante, da promoção à morte digna, com função de garantir uma atenção em saúde que sobreponha a terapêutica curativista, na medida em que compreende a necessidade de comunicação, de respeito ao paciente e de consciência da finitude da vida humana (WHO, 2014).

O objetivo do cuidado paliativo é suprir as necessidades específicas de pacientes sem possibilidades terapêuticas. É de extrema importância a sua inclusão no atendimento de pacientes oncológicos, sendo uma necessidade crescente nos hospitais e instituições de saúde. (BURGOS, 2017).

A fisioterapia possui um conjunto abrangente de técnicas que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida. Dentre as principais indicações destaca-se a atuação na fadiga e melhora da função pulmonar. (CIPOLAT et al, 2011)

A abordagem fisioterapêutica nos cuidados paliativos assume papel fundamental para qualidade de vida, recuperação funcional, alívio e conforto para pacientes que apresentam quadro de insuficiência respiratória aguda. De acordo MULLER et al, (2013) o suporte ventilatório não invasivo beneficia o paciente aliviando o desconforto e permitindo a comunicação e interação com familiares e o suporte ventilatório invasivo não permite a comunicação e a aproximação da família nos casos em que a doença oncológica avançada não requer um tratamento intensivo.

A ventilação mecânica não invasiva vem se mostrando como ótima alternativa em grupos selecionados de pacientes como os imunodeprimidos e com causas reversíveis de insuficiência respiratória aguda (SCHETTINO et al, 2007). O objetivo desta revisão literária é analisar os benefícios do suporte ventilatório não invasivo

em pacientes oncológicos que encontram-se sob cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizada através da pesquisa de artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, em bancos de dados científicos: Scielo (ScientificElectronic Library Online), Pubmed/Medline (National Library of Medicine National Institutes of Health) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), EBSCO host Research Databases, sites de organizações ou instituições voltadas à pesquisa, ou ao atendimento de pacientes com câncer, e disponíveis em instituições de ensino superior, com os seguintes descritores: “Fisioterapia” (Physiotherapy), “Cuidados Paliativos” (Hospice Care) e “Suporte Ventilatório” (Ventilatory Support). Foram selecionadas publicações mais recentes sobre os temas em questão dos últimos 12 anos, a seleção ocorreu de Fevereiro de 2018 a Dezembro de 2018, exceto uma única referência sobre definição dos cuidados paliativos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 adaptada em 2002. Os textos foram analisados e sintetizados de forma comparativa. Para melhor entender e esclarecer a abordagem do tema proposto os resultados e discussões foram distribuídos em tópicos e a revisão de artigos foi sintetizada em um quadro contendo autor/ano, tipo do estudo, amostra e resultados.

Foram inclusos os artigos: a) escritos em língua inglesa, espanhola e portuguesa; b) publicados entre 2006 e 2018, exceto citação definida sobre cuidados paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990 e atualizado em 2002; c) que apresentam resultados oriundos de revisão da literatura e sistemática, ensaios clínicos randomizados; d) que possuam como objeto principal de pesquisa

utilização da ventilação mecânica não invasiva em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos e apresentam, direta ou indiretamente, contribuições ao tema.

Com o intuito de tornar a seleção dos estudos mais precisa, foram utilizados como critérios de exclusão: a) capítulos de livros, dissertações ou teses; b) referências com base em pacientes sob suporte ventilatório invasivo; c) sites e revistas não indexados.

Ao final, foram selecionados 23 artigos, sendo organizados em fichas nas quais constavam dados de identificação dos artigos e uma síntese para apreender as concepções sobre os benefícios do suporte ventilatório de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, cuidados paliativos se constituem numa “abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos se baseiam em seis princípios: valorizar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar a morte nem prolongar a vida; promover alívio da dor e outros sintomas; integrar aspectos psicossociais e espirituais; prover suporte para a família durante a doença e no período de luto

(HERMES e LAMARCA, 2013)

De acordo com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2008) os cuidados paliativos em oncologia aparecem como uma necessidade na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade frente a ineficiência do tratamento curativo e da progressão da doença. Nesse momento, a avaliação da qualidade de vida torna-se imprescindível, uma vez que a busca desta em todas as suas formas, e até em detrimento do prolongamento da vida, passa a ser primordial.

Segundo Meneguim, Matos e Ferreira (2018), o cuidado no contexto da assistência paliativa diferencia-se do curativo porque reafirma a vida e encara a morte como uma realidade a ser vivenciada com os familiares. Em tal situação, o cuidado tem como premissa melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença avançada, por meio da prevenção e alívio do sofrimento e pela valorização da cultura, da espiritualidade e de crenças e valores que permeiam a terminalidade.

VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI)

A VMNI é uma forma de suporte ventilatório por pressão positiva, realizado, na maioria das vezes, por meio de máscaras e tem como objetivos melhorar as trocas gasosas e reduzir o trabalho ventilatório evitando em alguns casos a intubação traqueal, que também pode contribuir para o surgimento de complicações como infecções de vias aéreas superiores e inferiores, que sabidamente aumentam a mortalidade (BASSANI et al, 2008).

A utilização da VNI também promove vantagens que estão associadas à prevenção da perda de mecanismos de defesa de vias aéreas superiores,

possibilidades de fala e deglutição, redução de riscos de pneumonia associada à ventilação mecânica, além de permitir uma melhor flexibilidade para conectar e desconectar a interface e menor necessidade de sedação. Contudo, a VNI também apresenta desvantagens em relação à ventilação invasiva: correção mais lenta dos distúrbios de troca gasosa, necessidade de maior número de profissionais a beira do leito para sua implementação, problemas com as interfaces (vazamentos, inadaptação) e dificuldades no acesso às vias aéreas inferiores, sobretudo em pacientes com hipersecreção brônquica. Além disso, o candidato ideal para a VNI necessita estar consciente, alerta, cooperativo, hemodinamicamente estável e sem dificuldades para a adaptação à máscara e ao modo ventilatório empregado anseios (BASSANI et al, 2008).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, o suporte ventilatório não invasivo deve ser parte da abordagem inicial ao tratamento da insuficiência respiratória aguda e crônica agudizada de diversas etiologias. O emprego da VMNI tem como principais objetivos adequar as trocas gasosas e diminuir o trabalho ventilatório (SCHETTINO et al, 2007).

No contexto de cuidados paliativos, na assistência ventilatória deve-se sempre considerar o caráter reversível da doença, sendo assim, quando empregado para fins paliativos seu objetivo principal será o de trazer alívio e conforto, diminuindo o sofrimento humano. Talvez a maior vantagem no uso da VMNI, como suporte ventilatório, esteja na possibilidade de oferecer alívio e conforto ao paciente sem a necessidade de intubação traqueal, preservando no final da vida o direito individual de cada um de manifestar e expressar suas vontades e anseios (BASSANI et al, 2008).

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO

Segundo Saillard e colaboradores, (2014) a insuficiência respiratória aguda ocorre em 5% em pacientes com tumores sólidos, 20% em pacientes com neoplasias hematológicas e até 40-50% na medula óssea transplantados.

A insuficiência respiratória aguda (IRpA) pode ser definida por dois tipos com base no mecanismo fisiopatológico, a IRpA pode ser classificada em pulmonar ou extra-pulmonar. A IRpA pulmonar, também chamada de tipo I, o comprometimento das trocas gasosas se deve a alterações na membrana alvéolo capilar ou na relação V/Q (ventilação/perfusão) e a IRpA extra-pulmonar, ou tipo II, a capacidade de troca gasosa entre os alvéolos e os capilares está mantida, mas aqueles são hipoventilados e, portanto, não apresentam níveis adequados de O₂ e CO₂ que permitam a troca gasosa eficaz (PINHEIRO et al, 2016).

A IRpA hipoxêmica pode ser em razão de pneumonia infecciosa, invasão de malignidade subjacente, injúria pulmonar aguda pela quimioterapia, edema pulmonar cardiogênico e não cardiogênico, ou sangramento alveolar difuso. A ventilação mecânica não invasiva (VNI) deve ser oferecida aos pacientes estáveis do ponto de vista hemodinâmico e hematológico (MULLER et al, 2013).

A definição clínica para IRpA é descrita por SAILLARD et al, 2014, como taquipneia, recrutamento de músculos respiratórios acessórios ou respiratórios esgotamento muscular, saturação arterial de oxigênio inferior a 90% no ar ambiente, infiltrados e necessidade de alta concentração oxigênio da máscara facial ou para invasivo ou não-invasivo na ventilação mecânica, um diagnóstico imediato da etiologia da IRA permite melhorar o resultado.

Se a dispneia ou insuficiência respiratória ocorre após esforço físico, isso provavelmente denota uma fase mais inicial na qual é possível corrigir uma série de distúrbios lançando mão de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (suporte ventilatório não invasivo), assim, nessa fase restringem em aspectos meramente paliativos relacionados ao controle de sintomas, mas também em intervenções que reduzem a evolução da disfunção, à medida que os sintomas passam a surgir em repouso, o tratamento sintomático toma uma importância maior, o que fica muito mais evidente na fase final (WILCOCK e TWYXCROSS, 2009).

O paciente com câncer está mais propenso a desenvolver insuficiência respiratória por infecções, alterações na ventilação-perfusão secundária a atelectasias, shunt, ou congestão das veias pulmonares e, finalmente, por redução do calibre das vias aéreas, devido à compressão intrínseca ou extrínseca, a maioria dos pacientes oncológicos com insuficiência respiratória aguda não são admitidos em UTI a não ser que apresentem malignidades com potencial de cura e/ou controle e, principalmente, quando a causa que o levou a ser internado é reversível (BASSANI et al, 2008).

O USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A aplicabilidade da ventilação mecânica não invasiva é de extrema importância em todas as fases do cuidado paliativo quando apresentam quadro de IRpA, visando favorecer melhora da função pulmonar e também favorecendo ao paciente melhor conforto após sua aplicação (BURGOS, 2017).

Nos cuidados paliativos, a intensidade da falta de ar frequentemente piora à

medida que a morte se aproxima. Os pacientes e seus familiares esperam alívio desses sintomas devastadores. Os médicos geralmente respondem oferecendo opioides, um tratamento altamente eficaz para esse sintoma, mas com vários efeitos colaterais potencialmente indesejáveis, incluindo sedação excessiva (ROCHWERG et al, 2017).

Os preditores de falha da VMNI em pacientes com câncer é menor quando iniciado nos primeiros sintomas de IRpA, o uso de esteroide no tratamento prolonga o tempo de permanência na VMNI, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), falha de outro órgão que requer vasopressores ou terapia de reposição, falha na identificação da causa da IRpA, alto escore SAPS II (é composto de 20 variáveis, representadas em um escore fisiológico agudo e avaliação do estado prévio, visando estabelecer índice preditivo de mortalidade), atraso no início da VNI e aumento da frequência respiratória sob VMNI (SAILLARD, 2014).

A taxa de mortalidade após a falha da VNI é de cerca de 60% e a taxa de mortalidade em pacientes que a ventilação invasiva de primeira linha é de cerca de 75%. A mudança de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) para ventilação mecânica invasiva (VMI) foi identificada como preditor independente de mortalidade (SAILLARD et al, 2014).

A ventilação mecânica não invasiva em pacientes sob cuidados paliativos tem sido descrita na literatura, porém há poucos relatos. A pesquisa resultou em 34 artigos relacionados com o tema abordado. Após a leitura crítica dos resumos foram selecionados 5 artigos que relaciona aplicabilidade da VMNI em pacientes sob cuidados paliativos (Quadro abaixo), 23 artigos que apresentaram correlação quanto fundamentação teórica sobre o tema. Os demais artigos foram descartados por fuga do tema estabelecido ou com incompatibilidade com os objetivos deste estudo.

QUADRO DE REVISÃO DOS ARTIGOS

Autor/Ano	Tipo do estudo	Amostra	Resultados
BASSANI et al, 2008	Estudo de relato de caso.	Relato de Caso, paciente de 29 anos em pós operatório imediato de cesariana, admitida na unidade de terapia intensiva (UTI) para tratamento de insuficiência respiratória aguda.	Para alívio da dispnéia, a equipe multidisciplinar da UTI optou pelo uso de ventilação mecânica não-invasiva (modalidade CPAP + PSV), permitindo a interação da mãe com o bebê e familiares. No contexto de cuidados paliativos, a VMNI mostrou-se ser um método capaz de contribuir para o controle da dispnéia provendo conforto e alívio ao paciente.
NAVA et al, 2013	Estudo Randomizado, recrutaram pacientes de sete centros na Itália, Espanha e Taiwan, que tinham tumores sólidos e insuficiência respiratória aguda e tinham uma expectativa de vida de menos de 6 meses.	Dos 234 pacientes elegíveis para recrutamento, alocaram aleatoriamente 200 (85%) ao tratamento: 99 para NIV e 101 para utilização oxigênio.	Reduziu a dose de morfina necessária para aliviar a dispneia, mantendo uma melhor função cognitiva. No geral, a VNI teve uma taxa similar de aceitação pelos pacientes em comparação com a oxigenoterapia (60%).
HUI et al, 2013	Estudo randomizado dos hospitalizados no MD Anderson Cancer Center.	Entre os 1933 pacientes selecionados, 282 eram elegíveis, e 30 participaram. Treze de 15 pacientes designados para oxigênio de alto fluxo e 10 de 15 pacientes designados para BiPAP completaram a intervenção do estudo.	Mostraram uma melhora da dispnéia usando a VNI em comparação com oxigênio de alto fluxo.
AZOULAY, et al, 2013	Estudo de coorte observacional prospectivo, em todos os pacientes que receberam VNI por insuficiência respiratória aguda em 54 UTIs na França e na Bélgica, em 2010/2011.	Dos 780 pacientes que se submeteram a VNI, 574 receberam VNI sem nenhuma decisão sobre limitação de tratamento e 134 receberam VNI com ordem de não intubar.	A VNI foi considerada eficaz na melhora da falta de ar e do desconforto respiratório, dando conforto, prolongando suas vidas por algumas horas, mantendo a cognição e a capacidade de se comunicar enquanto esperam por parentes ou finalizar seus assuntos.
WONG et al, 2015	Estudo randomizado, realizado no Centro de Cuidados Paliativos do Hospital Kiang Wu.	No total, 30 pacientes com câncer avançado com sintomas de dispnéia foram recrutados. Alocados aleatoriamente e igualmente para o grupo experimental (terapia com VMNI) e o grupo controle (sem uso na VMNI), respectivamente.	No grupo experimental, nenhuma diferença significativa foi encontrada no grupo controle antes e após o tratamento de rotina. Resultados sugerem que a terapia de ventilação pode ser eficaz no alívio da sensação de dispneia em pacientes com câncer avançado.

Fonte: Dados da pesquisa

No cenário de cuidados paliativos, a ventilação não invasiva deve ser usada somente se for tolerada pelo paciente e fornecer alívio sintomático; novos estudos de eficácia e viabilidade são necessários (EKSTROM et al, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande polêmica da utilização da ventilação não-invasiva no contexto paliativo está no fato de que esse foi que um aparato terapêutico criado para tratamento de insuficiência respiratória aguda e com benefício comprovado em alguns subgrupos de pacientes, com reversão do quadro agudo.

O uso em Cuidados Paliativos sempre foi muito questionado pela necessidade de se estabelecer um equilíbrio entre alívio de sintomas e, eventualmente, prolongamento desconfortável de sofrimento e processo de morte. É importante que se tenha em mente exatamente o que se deseja com esse procedimento, já que podemos estar levando pacientes em agonia final à condição de privação de um contato mais próximo com a família e de alguma forma de expressão, por causa da máscara de pressão positiva que é colocada no rosto, podendo piorar ainda mais os sintomas.

A VNI mostra-se como uma técnica eficaz na minimização dos sofrimentos na medida em que proporciona alívio da dispneia. É relevante destacar que a técnica não impede a ocorrência de um desfecho desfavorável nestes pacientes, devido à gravidade da doença de base e principalmente ao grau de acometimento oncológico. Portanto, não deve ser utilizada com um único propósito de prolongar a vida em pacientes com insuficiência respiratória terminal, e sim como mais uma ferramenta nos cuidados paliativos, capaz de contribuir na melhora do conforto respiratório e

sofrimento psíquico. Portanto, mais estudos devem ser realizados para melhor definir qual subgrupo de pacientes se beneficiariam com a técnica, promovendo dessa forma um conforto e minimizando sofrimento.

REFERÊNCIAS

AZOULAY, E.; KOUATCHET, A.; JABER, S.; LAMBER, T. J.; MEZIANI, F.; SCHMIDT, M.; SCHNELL, D.; MORTAZA, S.; CONSEIL, M.; TCHENIO, X.; HERBECQ, P.; ANDRIVET, P.; GUEROT, E.; LAFABRIE, A.; PERBET, S.; CAMOUS, L.; JANSSEN –LANGENSTEIN, R.; COLLET, F.; MESSIKA, J.; LEGRIEL, S.; FABRE, X.; GUISET, O.; TOUATI, S.; KILANI, S.; ALVES, H.; MERCAT, U. M.; SIMILOWSKI, T.; PAPAZIAN, G.; MEERT, A. P.; CHEVRET, S.; SCHLEMMER, B.; BROCHARD, G.; DEMOULE, U. M. A. **Noninvasive mechanical ventilation in patients having declined tracheal intubation**. Intensive Care Med, v.39,p.292-301, 2013.

BASSANI, M. A.; OLIVEIRA, A. B F.; NETO, A. F. O.; TAIZE, R. **O Uso da Ventilação Mecânica Não-Invasiva nos Cuidados Paliativos de Paciente com Sarcoma Torácico Metastático**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v.20, n.2, 2008.

BURGOS, D. B. L. **Fisioterapia Paliativa Aplicada ao Paciente Oncológico Terminal**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Mato Grosso do Sul, v.21, n.2, p.117-122, 2017.

CIPOLAT, S.; PEREIRA, B. B.; FERREIRA, F. V. **Fisioterapia em Pacientes com Leucemia: Revisão Sistemática**. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio Grande do Sul, v.57, n.2, 229-236, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidados paliativos. Definições e princípios**. 2008.

COSTA, R. S.; SANTOS, A. G. B.; YARID, S. D.; SENA, E. L. S.; BOERY, R. N. S. O. **Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.170-177, jan./mar. 2016.

DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer**

no **Brasil**, Coordenação de Prevenção e Vigilância. São Paulo, 2017.

EKSTROM, M. P.; ABERNETHY, A. P.; CURROW, D. C. **The management of chronic breathlessness in patients with advanced and terminal illness**. BMJ. 2015.

FERIA, F. M.; PINEDA, L. E. M.; BROOKS, S. C. A.; CABALLERO, C. O. C. **Características clínicas y evolutivas de pacientes com câncer pulmonar de células pequenas**. MEDISAN. 2016.

GRISTINA, G. R.; ANTONELLI, M.; CONTI, G.; CIARLONE, A.; ROGANTE, S.; ROSSI, C.; BERTOLINI, G. **Noninvasive versus invasive ventilation for acute respiratory failure in patients with hematologic malignancies: a 5-year multicenter observational survey**. Crit Care Med. v. 39, n.10, p. 2232-9, 2011.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciência e saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.18, n.9, 2013.

HERR, G. L.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; BERLEZI, E.M.; GOMES, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; ROSANELLI, C. P.; LORO, M. M. **Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde**. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio Grande do Sul, 59(1), 33-41, 2013.

HUI, D.; MORGADO, M.; CHISHOLM, G.; WITHERS, I.; NGUYEN, Q.; FINCH, C.; FRISBEE-HUME, S.; BRUERA, E. **High-flow oxygen and bilevel positive airway pressure for persistent dyspnea in patients with advanced cancer: a phase II randomized trial**. J Pain Symptom Manag. v.46,p. 463-473, 2013.

MENEGUIN, S.; MATOS, T. D. S.; FERREIRA, M. L. S. M. **Percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos sobre qualidade de vida**. Revista Brasileira de Enfermagem. v.71, n.4, p.2114-20, 2018.

MULLER, A. M.; GAZZANA, M. B.; SILVA, D. R. **Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidades de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v.25, n.1, p.12-16, 2013.

NAVA, S.; FERRER, H.; ESQUINAS, U. M.; SCALA, R.; GROFF, P.; COSENTINI,

R.; GUIDO, D.; LIN, C. H.; CUOMO, A. M.; GRASSI, M. **Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial.** *Lancet Oncol*, v.14, p.219–227, 2013.

PERES, A. K.; CARVALHO, A. C. A.; PEIXOTO, M. G.; SAITO, E. H. **Resgate fisioterapêutico para pacientes com comprometimento da função pulmonar e câncer de pulmão.** *HUPE*, v.14, p.97-100, 2015.

ROCHWERG, B.; BROCHARD, L.; ELLIOTT, M. W.; HESS, D.; HILL, N. S.; NAVA, S.; NAVALESI, P.; ANTONELLI, M.; BROZEK, J.; CONTI, G.; FERRER, M.; GUNTUPALLI, K.; JABER, S.; KEENAN, S.; MANCEBO, J.; MEHTA, S.; RAOOF, S. **Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure.** *Eur Respir J*, v.50, 2017.

SAILLARD, C.; MOKART, D.; LEMIALE, V.; AZOULAY, E. **Mechanical ventilation in cancer patients.** *Minerva Anesthesiol.*v.80, n.6, p.712-25, 2014.

SCHETTINO, G. P. P.; REIS, M. A. S.; GALAS, F.; PARK, M.; FRANCA, S.; OKAMOTO, V. J. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. *Revista Brasileira de Pneumologia.* v.33, n. 2, p.92-105, 2007.

WILCOCK, A.; TWYXCROSS, R. **Symptom Management in Advanced Cancer.** Nottingham, UK, v.4, p.145-167, 2009.

WONG, S. L.; LEONG, S. M.; CHAN, C. M.; KAN, S. P.; CHENG, H. W. B. **The Effect of Using an Electric Fan on Dyspnea in Chinese Patients With Terminal Cancer: A Randomized Controlled Trial.** *Am J Hosp Palliat Care.* v.34, p. 42-46, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World wide palliative care alliance. Global atlas of palliative care at the end of life.** 2014.