

Artigo de Revisão**AS PRÁTICAS ESTÉTICAS COMO ESTRATÉGIA PALIATIVA NO TRATAMENTO DO PACIENTE CRÔNICO - REVISÃO DE LITERATURA**
(Aesthetic practices as a palliative strategy in the treatment of chronic patients - Literature review.)

Autores: Claudiana da Conceição¹, Eduarda Silva Santos¹, José Elias Pereira¹, Jennifer Jacyntho¹, Jenny Oliveira¹, Jessica Vanessa Menezes Monteiro², Lidiane Rocha Mota^{3,A}

¹Graduandos em Estética e Cosmética – Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo – SP.

²Mestranda em Gestão de Serviços da Saúde – Must University – Florida – USA.

³Mestre em Biofotônica - Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo – SP.

RESUMO

Doença crônica é caracterizada como patologia cujo progresso é lento e duradouro, perdurando por toda vida, geralmente não apresentam sintomas iniciais, são silenciosas e provocam deficiências na qualidade de vida do indivíduo. As terapias estéticas podem ser grandes aliadas no cuidado do paciente crônico contribuindo para a promoção do bem estar, aumento da autoestima e auto imagem. O objetivo dessa revisão de literatura foi evidenciar quais terapias estéticas podem ser inseridas como estratégia de tratamento paliativo do doente crônico. Para isso foi realizada uma busca na literatura cruzando o descritor pacientes crônicos com os descritores: toque, terapias manuais, drenagem linfática manual, recuperação cutânea, óleos essenciais, aromaterapia, ILIB, cosmetologia oncológica e simbióticos tópicos. A revisão bibliográfica mostrou que os recursos comumente utilizados para realização de protocolos estéticos podem ser incorporados no tratamento do paciente crônico visando a melhora do bem estar, qualidade de vida e melhora da auto imagem. Os recursos naturais e a cosmetologia podem contribuir positivamente para recuperação da pele e prevenção de efeitos adversos provocados por tratamentos médicos e/ou pela própria patologia.

Palavras chaves: Paciente crônico; terapias estéticas; qualidade de vida; bem estar.

^ Autor correspondente:

Lidiane Rocha Mota – E-mail: prof.lidianerocha@gmail.com – **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5932-434X>

DOI: <https://doi.org/10.48051/rcec.v1i1.25>. Artigo recebido em 05 de novembro de 2020; aceito em 16 de novembro 2020; publicado em novembro de 2020 na Revista Científica de Estética e Cosmetologia, disponível online em <http://rcec.healthsciences.com.br/>. Todos os autores contribuíram igualmente com o artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesse. Este é um artigo de acesso aberto sob a licença CC - BY: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Introdução

Doença crônica é caracterizada como uma patologia cujo progresso lento e duradouro não apresenta sintomas iniciais. São silenciosas e provocam deficiências na qualidade de vida do indivíduo [1]. Entre as doenças crônicas mais comuns destacam-se: hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas, obesidade, doenças cardiovasculares e respiratórias (bronquite, asma, DPOC, rinite)[1]. Pesquisas apontam que poucos doentes crônicos aderem ao tratamento com fármacos, o Brief Medication Questionnaire (BMQ) é uma ferramenta validada de auto relato utilizada para verificar a adesão de pacientes a tratamentos farmacológicos, baseia-se em fatores demográficos e economia social de saúde e verificou a baixa adesão de tratamento em 30,8%, isso ocorre principalmente nas regiões nordeste e centro – oeste do país, onde jovens e adultos possuem baixa ou nenhuma escolaridade. A não adesão aos tratamentos, segundo o questionário, se dá devido a estes pacientes terem que pagar por parte do tratamento [1]. Fatores sociais são inicialmente os causadores de muitas doenças principalmente no que diz respeito a doenças infecciosas e doenças crônicas como: diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, derrame, câncer, doenças pulmonares, doenças renais, mal de Parkinson e Alzheimer. Muitos estudos dizem que aspectos do enquadramento social é um determinante para os riscos de adquirir uma doença sendo ela infecciosa, metabólica, degenerativa e até mesmo genética [2].

Os fatores que mais influenciam nas determinações de condições crônicas de saúde é a educação, desigualdade social de raça e riqueza acumulada. Segundo o Conselho Nacional de Pesquisa e o Instituto de Medicina, essas variáveis atuam diretamente sob o estilo de vida incluindo a alimentação, estresse, desvantagens sociais. A população brasileira apresenta-se mais velha, devido aos fatores de baixa natalidade e a longevidade dos indivíduos do século XX, fora estimado que entre 2010 e 2050 o número de pessoas com 60 anos ou mais duplicará e faz-se necessário a elaboração de políticas públicas voltadas a saúde o que será um dos grandes desafios a serem enfrentados. O Brasil ganha destaque com o aumento da taxa de doenças crônicas não transmissíveis, as mais comuns são: cardiovasculares, os transtornos mentais, o diabetes e a doença pulmonar obstrutiva crônica [3].

No ano de 1842 em Lyon na França, Madame Jeane Garnier criou um local cujo o nome dado foi “hospice”, a fim de abrigar doentes e oferecer cuidados. A ideia veio depois que Madame Jeane visitou pacientes que já em casa vinham a óbito por falta de cuidados médicos [4].

Depois da criação do primeiro hospice, outros locais foram construídos e denominados assim, sempre com o objetivo de cuidar e consolar pacientes oncológicos que não tinham oportunidade de tratamento e seus entes queridos. Mas foi Cecily Saunders que, em 1984 introduziu o termo paliativo, que

provém do latim “*pallium*”, cujo significado pode ser compreendido por “manto de proteção usado por cavaleiros para se proteger das tempestades”. Cecily Saunders foi a doutora pioneira em terapias paliativas, em 1948 iniciou no hospital St. Thomas o atendimento a pacientes em cuidados paliativos e doentes crônicos [4].

No Brasil, as terapias paliativas ainda são pouco abordadas, em 1980 iniciou-se no país os atendimentos paliativos nos serviços públicos de assistência à saúde e, desde então, iniciaram-se as pesquisas e investimentos nessa área terapêutica [5].

Em 1983, os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná deram início a implementação dos cuidados paliativos em grandes redes hospitalares e a partir dos resultados, foi criada uma associação de grande prestígio e reconhecimento, o Instituto Nacional do Câncer – INCA. No ano 2000, foi fundada a ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos, um marco no país não só para os defensores de tratamentos paliativos, mas também para a medicina, já que a criação da ANCP foi fundamental para ensino e pesquisas na área [5].

No Brasil, ainda não há uma política relacionada aos Cuidados Paliativos, o Ministério da Saúde está buscando de forma concreta a implementação das terapias paliativas no sistema de saúde, até o presente momento há somente portarias e documentos oficializados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo Ministério da Saúde e existe um viés legal, a Portaria GM/MS nº 2.439/2005), que inclui os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica. Contudo, isso deixa de

fora todos os outros pacientes crônicos que necessitam de cuidados e atenção paliativa [5].

As terapias estéticas podem ser grandes aliadas nos cuidados com o paciente crônico, contribuindo para a promoção do bem estar, aumento da autoestima e auto imagem [6].

Em hospitais, as técnicas estéticas aliadas a outros profissionais da equipe multidisciplinar podem trazer inúmeros pontos positivos no dia-a-dia dos pacientes crônicos, não só na manutenção da saúde, mas também na elevação da autoestima, que é um dos pontos mais afetados em mulheres que passaram por tratamento de câncer de mama, por exemplo. A estética e cosmética associadas, além de auxiliar na manutenção física e auto imagem, contribuem para o alívio psicológico em pacientes crônicos. Técnicas de visagismo e micropigmentação são alguns dos cuidados oferecidos por um profissional esteticista, desde a reconstrução da aréola mamária com a micropigmentação até o uso das técnicas visagistas de maquiagem e consultoria de moda que instantaneamente trazem conforto e bem estar aos pacientes [6].

Além disso, massoterapia e aromaterapia tem um grande poder de aliviar de forma imediata pacientes que têm níveis de ansiedade elevados. Estudos mostram que o uso combinado dessas terapias aumenta a qualidade de vida e promove relaxamento aos pacientes com ansiedade e estresse [7].

É importante ressaltar que os cuidados paliativos na atenção primária à saúde são realmente necessários e traçar um plano de CP ao diagnóstico do paciente contribui para uma maior qualidade de vida, junto as intervenções

realizadas pelos profissionais de saúde em cada caso. Além de tratar a doença em si, deve-se levar em consideração o fator psicológico, autônomo e emocional de cada paciente, a estética paliativa entra como um desses recursos curativos a longo prazo. É de extrema importância implementar ao sistema de saúde um plano em que todo e qualquer paciente diagnosticado com uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis tenham incluso em seu tratamento os cuidados estéticos, principalmente a população idosa, já que os estudos demográficos mostram sua crescente taxa e o aumento epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis [8]. O objetivo dessa revisão de literatura é evidenciar as terapias estéticas que podem ser inseridas como estratégia de tratamento paliativo do doente crônico.

Materiais e métodos

Para realização desse artigo foi feito um levantamento bibliográfico de artigos científicos encontrados na base de dados PUBMED.

A busca foi realizada cruzando o descritor pacientes crônicos com os seguintes descritores: toque, terapias manuais, drenagem linfática manual, recuperação cutânea, óleos essenciais,

aromaterapia, ILIB, cosmetologia oncológica e simbióticos tópicos.

A coleta de dados foi realizada no período de junho 2020 a outubro de 2020. Para compor os resultados foram utilizados artigos publicados entre os anos de 1989 e 2020.

Fluxograma dos artigos utilizados nesta revisão

Pesquisa realizada no banco de dados PUBMED. Descritores cruzados com pacientes crônicos: toque, terapias manuais, drenagem linfática manual, recuperação cutânea, óleos essenciais, aromaterapia, ILIB, cosmetologia oncológica e simbióticos tópicos.

Total de artigos lidos para realização da pesquisa: 132

Foram excluídos 47 artigos sobre os temas descritos na pesquisa por não utilizarem as terapias no tratamento do paciente crônico. Excluídos:
Toque: 13 / Terapias manuais: 5 / DLM: 21 / Recuperação cutânea: 30 / Óleos essenciais: 7 / Aromaterapia: 4 / ILIB: 6 / Cosmetologia oncológica: 2 / Simbióticos tópicos: 3

Foram incluídos nessa revisão:

- Toque: 8 artigos (1989 a 2019);
- Terapias manuais: 3 artigos (2015 a 2020);
- DLM: 7 artigos (2008 a 2018);
- Recuperação cutânea: 6 artigos (2014 a 2019);
- Óleos essenciais: 3 artigos (2015 a 2020);
- Aromaterapia: 3 artigos (2016 a 2018);
- ILIB: 3 artigos (2013 a 2020);
- Cosmetologia oncológica: 3 artigos (2009 a 2019);
- Simbióticos tópicos: 5 artigos (2011 a 2019).

RESULTADOS

AROMATERAPIA

A aromaterapia é uma técnica complementar na qual se faz uso de substâncias aromáticas naturais, os óleos essenciais, e pode ser aplicada de diferentes maneiras, tais como: inalação, ingestão ou absorção cutânea. Como pioneira da introdução de óleos essenciais em cuidados, citamos Florence Nightingale, enfermeira que, durante a guerra da Crimeia, indicou óleo essencial de lavanda na região frontal de soldados feridos com a finalidade de combater a ansiedade e acalmá-los. O uso do óleo essencial de lavanda ofereceu conforto, alívio e relaxamento, criando assim, um ambiente favorável para a cicatrização natural e recuperação dos enfermos [9].

Um estudo sobre a eficácia da aromaterapia aplicada por enfermeiras de pacientes em cuidados intensivos, em Minnessota e Wisconsin, EUA, evidenciou melhora clínica significativa sobre dores, náuseas e ansiedade dos pacientes. Durante o estudo, a aromaterapia foi administrada por meio de inalação em 75% das sessões e foram utilizados os óleos essenciais de lavanda, gengibre, manjerona, tangerina e óleos combinados. Manjerona doce, administrado como óleo único, promoveu mudança na escala de dor, lavanda e manjerona promoveram mudanças na ansiedade e o gengibre, mudanças relacionadas a náuseas. Tais resultados mostram a eficácia da aromaterapia em conjunto com outros cuidados [10].

Em 2018, Ozkaraman realizou o estudo que verificou os efeitos da inalação do óleo essencial de lavanda na ansiedade e na melhora da qualidade do sono em pacientes em tratamento com quimioterapia. O estudo reuniu resultados de 70 pacientes no total, sendo estes divididos aleatoriamente em três diferentes grupos: um grupo inalou o óleo de lavanda (30 pacientes), um grupo inalou o óleo de melaleuca (20 pacientes) e o grupo controle não recebeu nenhum tratamento (20 pacientes). Foram utilizados três métodos de avaliação no estudo, que compreendem: a identificação do paciente através de formulário de qualificação criado especificamente para o estudo, STAI (Inventário de Ansiedade Traço Estado) e PSQI (Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh). A partir de tais avaliações chegou-se à conclusão de que o sono destes pacientes com câncer era considerado ruim antes do início do estudo e os níveis de ansiedade, considerados moderados. Em pacientes dos dois primeiros grupos foram administradas três gotas do óleo respectivo em um pedaço de algodão e o algodão foi colocado no pescoço e ombros de cada paciente, em uma distância de aproximadamente 25 centímetros abaixo do nariz. Os pacientes dos grupos que inalaram o óleo essencial de lavanda apresentaram diminuição nos níveis de ansiedade a cada segundo avaliado, o mesmo não aconteceu com 90% do grupo de controle e de melaleuca.

Tal estudo determinou que o uso regular de 3 gotas de óleo essencial de lavanda, inalados por um mês é benéfico para a diminuição dos níveis de ansiedade e melhora da qualidade do sono em pacientes submetidos a quimioterapia [11].

Óleos vegetais

A pele possui uma barreira biológica chamada manto hidrolipídico, que precisa estar em homeostase para que a mesma continue a desempenhar suas funções protetoras [12].

Os Fatores Hidratantes Naturais (NMF), estão localizados entre os corneócitos e são responsáveis pela manutenção da umidade e do pH da pele juntamente com o ácido lático, os aminoácidos, a ureia e as glicosaminoglicanas, precisam ser preservados para manter a homeostase da pele [13,14]. Algumas inflamações crônicas estão associadas a deficiências da barreira cutânea, são exemplos: a psoríase, eczemas e dermatites de contato [15,16].

Através de ativos hidrofílicos e hidrofóbicos presentes nos óleos vegetais é possível recuperar a integridade da pele e promover a manutenção do pH cutâneo [17].

Os óleos vegetais não têm conservantes e outros ingredientes químicos, tornando-se uma opção atrativa para reparação tecidual, são utilizados por muitas civilizações por milhares de anos [18]. Compostos por ácidos graxos e glicerol formam triglicerídeos e são pobres em gorduras saturadas [12]. Os óleos vegetais não são voláteis à temperatura ambiente, ao contrário dos óleos essenciais [9]. Os óleos essenciais são produzidos com o calor além de ser a parte volátil das plantas

[20], já os óleos prensados a frio (vegetais) podem conter cera, que atua como agente hidrofóbico, ocluindo o estrato córneo da epiderme [19]. São utilizados também agentes reparadores e são considerados acessíveis e seguros [21].

Óleos essenciais na cicatrização de feridas
De acordo com Saporito e colaboradores (2018), a reparação de feridas é um processo complexo, com vários estágios cuja duração deve variar de minutos a meses ou anos [22,23]. Prevenir as infecções microbianas e incentivar a formação de cicatrizes são fatores-chaves para a recuperação de feridas [24]. Sendo assim, os produtos naturais, tais como: beta glucanos, aloe, mel e, em especial, os óleos essenciais são efetivos no tratamento de feridas (24), destacando-se precisamente pela ampla atividade antimicrobiana, são extraídos de folhas, flores, sementes, frutos e raízes [25]. O Óleo essencial de Eucalipto é antifúngico, antisséptico, anti-hiperglicêmico e antioxidante. O 1,8-cineol ou eucaliptol é o componente mais importante, responsável pelas propriedades bioativas [26].

Já o óleo essencial de Alecrim é formado principalmente de cânfora, 1,8-cineol, borneol, verbenona, α -pineno e canfeno e comumente utilizado como agente antibacteriano, antifúngico e antioxidante [27, 28].

Considerando a volatilidade dos óleos essenciais e pensando na possibilidade de encapsulamento em nanossistemas como método de estabilização, Saporito e sua equipe (2018) desenvolveram, a partir da manteiga de cacau como lipídio sólido, azeite de oliva e óleo de gergelim como lipídio líquido e lecitina da soja como surfactante, nanopartículas carreadoras para avaliar o efeito dos óleos essenciais de eucalipto e alecrim na regeneração tissular de ratos machos do tipo Wistar queimados por uma haste aquecida a 140°C por 40 segundos. Os carreadores foram divididos em dois grupos: o primeiro consistia em nanopartículas lipídicas sólidas (SLN) e o segundo, carreadores lipídicos nanoestruturados (NLC). Durante o estudo,

houve divergência entre os sistemas SLN e NLC, conferindo ao último vantagens, a formulação de azeite de oliva que carrou o óleo essencial de eucalipto demonstrou bons resultados em amplo espectro, por exemplo, em propriedades bioadesivas, citocompatibilidade e proliferação celular. O óleo essencial de eucalipto, puro ou encapsulado, não perdeu suas funções antimicrobianas contra microrganismos inerentes à pele (*Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*) [29].

Os testes *in vivo* foram promissores para o sistema de carreadores lipídicos nanoestruturados, conferiram regeneração tecidual consideravelmente organizada após 18 dias do ferimento [30].

Atividade cardiovascular dos constituintes químicos de óleos essenciais

As doenças não transmissíveis são a causa de milhares de mortes em todo o mundo e a doença cardiovascular (DCV) é a maior delas com 46,2 % dessas mortes [31].

O custo de tratamentos é alto para o sistema de saúde [32], sendo necessário a busca por alternativas econômicas, o uso dos óleos essenciais como terapia tem se mostrado uma proposta eficiente, já que os óleos apresentam teor terapêutico e baixo custo-benefício [33].

Inúmeras evidências epidemiológicas indicam que os antioxidantes presentes nos óleos essenciais podem prevenir a doença cardíaca [34]. Seus efeitos antioxidantes e/ou vaso relaxantes promovem as boas condições (34,36), tornando-os grandes aliados para a prevenção de doenças cardiovasculares [34,37,38].

Sabemos que existem até 3.000 tipos de óleos essenciais sendo que 300 deles são usados de modo comercial, junto às indústrias farmacêuticas, alimentícia, sanitária, cosmética e perfumaria [39]. Estudos recentes têm demonstrado seus poderes terapêuticos e podem ser utilizados como: analgésicos [40,41], anticonvulsivantes [42], anti-inflamatórios [43,44,45], agentes anti-oncogênicos [46,47,48], ansiolíticos [49] e agentes anti-ulcerativos [50].

O toque

O toque como forma de cura é relatado há mais de 4.000 anos, sendo empregado na medicina alternativa [51]. O mesmo é o primeiro sentido que o corpo humano desenvolve, visto que a pele já começa a se formar na quarta semana de vida do embrião, sendo capaz de atuar no sistema nervoso autônomo, podendo proporcionar estímulos benéficos ao organismo de acordo com a administração do toque [52,53].

Atualmente, o toque vem ganhando reconhecimento como terapia que age diretamente na qualidade de vida, sendo um recurso utilizado pelos profissionais da saúde para auxiliar no tratamento de doenças crônicas [54,55].

Além da doença física, os pacientes são comumente acometidos por distúrbios psicológicos que prejudicam a sua recuperação [55]. A terapia do toque tem benefícios psicológicos atribuídos a redução do hormônio cortisol e aumento na liberação de serotonina e ocitocina

na corrente sanguínea. Consequentemente, promove melhora na qualidade e duração do sono e contribui para o desenvolvimento de relações interpessoais [53,56]. Ocasiona uma diminuição da ansiedade, medo, irritabilidade e depressão. O tato é bem mais que o prazer, ele gera uma conexão com o paciente [53,56,55]. O toque atua na minimização dos efeitos colaterais das doenças crônicas, promove também benefícios físicos como a diminuição da dor: o tato gera uma transmissão de estímulos que são comparados as mensagens de dor enviadas ao cérebro a partir da área lesionada do corpo, culminando, neste caso, em efeito analgésico [53,56,57]. Promove a saúde cardiovascular (a curto prazo, regulariza a variação da frequência cardíaca) [53,58]. É comprovadamente eficaz na reparação de queimaduras e outras lesões cutâneas a partir do aumento de fluxo sanguíneo no estágio de remodelação [53,58].

Terapias manuais

A massagem pode ser definida como a manipulação sistemática dos tecidos moles do corpo para redução da dor ou outros fins terapêuticos [59].

A manifestação cada vez mais frequente dos benefícios da massagem terapêutica evidencia que essa prática traz grande auxílio nos cuidados diários de pessoas hospitalizadas. É sabido que esse tipo de terapia auxilia na diminuição de reações adversas provocadas pela patologia ou pelo tratamento, entre os benefícios da massagem estão: redução da dor, regulação e melhora da qualidade do sono, redução da fadiga e diminuição do estresse e ansiedade. Consequentemente, quem recebe a massagem terapêutica atinge um estado de tranquilidade e bem estar emocional, podendo, inclusive, obter efeitos psicológicos favoráveis [60].

Uma pesquisa desenvolvida no Reino Unido com pacientes submetidos a quimioterapia demonstrou que em uma única aplicação da massagem foi possível observar uma redução significativa dos níveis de cortisol, inclusive em um curto intervalo de tempo após o tratamento – aproximadamente 30 minutos, se mantendo durante 2 horas em vários pacientes [60]. Os efeitos das terapias manuais se mostraram efetivos também em um outro estudo que associou massagem a aromaterapia em pacientes oncológicos do sexo feminino em idade adulta. Quinze mulheres com câncer foram submetidas à massagem de corpo inteiro combinada com óleos essenciais puros, diluídos em óleos básicos. Todas relataram uma experiência positiva do método, descrevendo conforto, relaxamento, redução da dor e da tensão muscular, redução do linfedema, dormência e melhora na qualidade do sono, nível de energia, apetite e humor [61].

Drenagem linfática manual

Em 1936, o filósofo Emil Vodder e sua esposa, Estrid Vodder, criaram a drenagem linfática manual. Ao longo da sua experiência de vida, eles observaram que ao realizar determinados movimentos em regiões edemaciadas e o direcionamento desse edema para os linfonodos conseguiram melhora no quadro de edema regional [62]. Os linfonodos são órgãos do sistema linfático, seu principal objetivo é filtrar a linfa e drená-la, fazendo assim a seleção dos antígenos e realizando a fagocitose através dos macrófagos, trabalhando também com a vigilância e defesa imunológica [63,64].

Diversos benefícios fisiológicos são observados após a prática de drenagem linfática manual, tanto de maneira direta como indireta, e os principais benefícios são: diminuição de edema, aumento do grau de nutrição e hidratação celular, reabsorção dos hematomas e equimoses, evolução da condição de absorção intestinal, maior captação de oxigênio, auxílio no compartilhamento de hormônios e medicamentos no organismo, dentre outras. A técnica visa a desintoxicação

orgânica, promovendo uma melhor performance do corpo em geral [65,66,67].

No caso de doenças crônicas, a literatura afirma que a técnica é capaz de controlar o avanço da doença, além de restituir a qualidade de vida para o paciente [65,66].

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa cujo propósito foi comparar os efeitos da drenagem linfática manual ao exercício ativo na recuperação de feridas e modificação do sistema linfático, após cirurgia de câncer de mama. Participaram 106 mulheres divididas em dois grupos: no primeiro grupo, as 53 participantes receberam drenagem linfática, enquanto as outras 53 mulheres, integrantes do segundo grupo, realizaram exercícios ativos. A duração dos dois procedimentos foi de 40 minutos, duas vezes por semana, durante 30 dias. O tratamento foi iniciado 30 dias depois da cirurgia. Como recurso de avaliação foi feita uma Linfocintilografia e análise física antes da cirurgia em 2 e 30 meses posteriores. Os resultados demonstraram que tanto a drenagem linfática manual quanto os

exercícios ativos são procedimentos seguros e satisfatórios na recuperação do sistema linfático e no tratamento da ferida após a cirurgia de câncer de mama. Ambos os métodos demonstraram as mesmas respostas fisiológicas no organismo, promovendo melhor recuperação e bem-estar ao paciente [68].

Um outro estudo realizado com o objetivo de obter comprovações sobre o uso da drenagem linfática em pré procedimento operatório de pacientes com doença venosa crônica avaliou 70 pessoas, sendo 32 do grupo controle e 38 pessoas que receberam o procedimento de drenagem linfática manual duas semanas antes da cirurgia. Ambos os grupos realizaram uma

avaliação pré cirúrgica, para saber o estágio da doença. Os métodos de avaliação escolhidos foram: questionário sobre qualidade de vida, volumetria do pé, tempo de recarga venosa e classificação de CEAP (Classificação Clínica da Doença Venosa). Os resultados do estudo mostraram que a drenagem linfática sozinha reduziu significativamente a volumetria dos pés dos pacientes quando comparado ao grupo controle, também foi capaz de melhorar sua qualidade de vida. A aplicação da técnica mostrou uma redução da doença em progressão, demonstrando assim, sua eficiência no pré-operatório da doença crônica venosa [65].

A cosmetologia e fotobiomodulação no tratamento de queimaduras e radiodermite

A radioterapia é um tratamento direcionado a pessoas com câncer, que utiliza feixes de radiação ionizantes, depositando energia com comprimento de onda oscilando de 0,01 a 10 nanômetros para extinguir o tumor ou impossibilitar que ele se propague [69,70].

A radiodermite é uma queimadura provocada pelo estímulo contínuo de renovação celular. No primeiro contato com a terapia, os fótons de alta energia já causam danos na camada basal, interrompendo a divisão celular [69,70,71], causando então, uma reação dos mediadores inflamatórios como prostaglandinas e leucotrienos que geram vasodilatação capilar, resultando em eritema como resposta. A segunda reação no tecido é o estímulo da propagação dos queratinócitos não danificados. Como a radioterapia é feita em fração, promove uma sequência de constante renovação celular seguida de morte. A pele

apresenta desidratação severa e descamação inicialmente seca. A lesão progride para a derme e vira uma descamação úmida [69,71]. As terapias tópicas com o uso de géis, cremes e pomadas com ativos regeneradores contribuem para manutenção da homeostase da pele acometida pela radiodermite, diminuindo os efeitos adversos da radioterapia. No mercado encontramos uma variedade de ativos que previnem e gerenciam a toxicidade cutânea, porém as comprovações ainda são limitadas. Dentre os ativos cosméticos mais descritos estão: o ácido hialurônico, que demonstrou em estudos melhora na recuperação de feridas, além de diminuir a incidência de radiodermite em graus elevados; já os antioxidantes como a vitamina C e E mostraram-se eficazes na redução dos efeitos adversos, anulando as alterações inflamatórias e edematosas que ocorrem posteriormente a

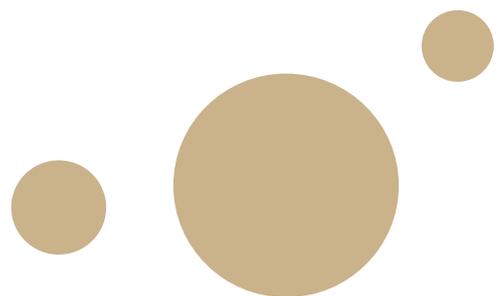
aplicação da radioterapia [71].

Um outro recurso promissor está sendo empregado como terapia complementar no tratamento de queimaduras e radiodermite, a terapia por fotobiomodulação (TFB), que utiliza a luz visível ou infravermelha de baixa potência para incentivar a cicatrização e diminuir a inflamação e dor [72].

Para examinar a empregabilidade da fotobiomodulação em enfermos com câncer de mama, que recebem radioterapia, um estudo investigou os efeitos da fotobiomodulação em 25 participantes que receberam terapia com led de 660 nm (vermelho) aplicado antes da radioterapia. Os parâmetros do equipamento utilizados no grupo experimental foram: ciclo predefinido de 100 pulsos, com potência média, densidade de 44,6 mW / cm², 250 ms por pulso a uma fluência de 0,15 J / cm², totalizando um tempo de tratamento de 4-5 min para cada paciente por sessão. A fotobiomodulação foi realizada em áreas de maior sensibilidade e proporção da toxicidade cutânea, como dobra de peito e axilas, 45 participantes fizeram parte do grupo controle (não receberam a intervenção). Os métodos de avaliação utilizados foram: a classificação de radiodermite e intensidade da dor escala visual analógica (EVA). Os resultados mostraram uma maior incidência de radiodermite e dor nos participantes do grupo controle, comprovando assim, a eficácia da fotobiomodulação na diminuição da incidência de toxicidade provocada pela radioterapia e sequelas cutâneas causadas pela radiação [73].

Ainda sobre fotobiomodulação, uma pesquisa foi realizada com a intenção de mostrar a eficácia do uso de terapia de luz na prevenção

de dermatite aguda por radioterapia, como metodologia avaliativa foi utilizada uma escala de reação cutânea induzida por radioterapia [RISRAS], escala de qualidade de vida específica da dermatologia (Skindex-16) e Critérios do Grupo de Oncologia de Radioterapia [RTOG], aplicados pré e pós tratamento. O estudo avaliou 79 pacientes, 38 no grupo experimental [GE] e 41 no grupo controle [GC]. O grupo experimental recebeu seis sessões de fotobiomodulação realizadas duas vezes por semana. Os seguintes parâmetros dosimétricos foram utilizados: 808 nm /905 nm pulsado (infravermelho), 0,168 mW / cm², área de feixe de 19,635 cm², fluência de 4 J /cm². Os resultados obtidos demonstraram diminuição no índice de radiodermite pela [RTOG], foi observado o desenvolvimento de radiodermite de grau 1 em 93,7% do total de pacientes, tendo uma evolução para o grau 2 na maioria dos pacientes do grupo controle e em apenas 1 do grupo experimental. Já na avaliação feita através do Skindex-16 foram usadas subescalas de emoção onde participantes avaliaram sobre satisfação, efeito calmante e nível de agrado, nos questionários dos participantes do grupo experimental houve aumento nos scores das escalas antes e após o tratamento, demonstrando assim, a aplicabilidade da terapia de luz na melhora do bem-estar dos pacientes [74].



Intravascular Laser Irradiation of Blood (ILIB)

Esta é uma técnica Russa desenvolvida em 1980 e modificada no Brasil pelo Instituto do Coração (INCOR) [75].

A técnica utiliza o laser de baixa intensidade com comprimento de onda de 660nm (vermelho) sob a artéria radial, a luz age de forma sistêmica melhorando a oxigenação do sangue [75].

Dentre os benefícios listados da Irradiação Intravascular a Laser do Sangue estão: mecanismos de cura sistêmicos, analgesia, efeito anti-inflamatório, antitóxico, vasodilatador, antialérgico, imunocorretivo e aumento na síntese de ATP e formação de energia nas células [76].

Estudos compararam amostras de nove pacientes com diabetes tipo 2, antes e depois do ILIB, a partir dos resultados, concluiu-se que o ILIB teve efeito positivo sobre metabólitos do sangue em pacientes diabéticos tipo 2 e redução do açúcar no sangue nesses pacientes [76].

Um estudo avaliou a eficácia da laserterapia transcutânea nos efeitos adversos provocados pela quimioterapia, quando realizada em pacientes oncológicos em diversas áreas do corpo, dentre elas, no tratamento de mucosite oral. O tratamento foi efetivo principalmente na sua prevenção. Tal estudo foi desenvolvido em Hospital Público de São Paulo, envolvendo ao todo 132 pacientes que foram divididos em três grupos distintos: controle, que não recebeu nenhuma intervenção, ILIB 30, que recebeu laser por 30 minutos diários durante 10 dias e o terceiro grupo, ILIB 60, que recebeu laser por 60 minutos durante 10 dias. Os

resultados do estudo evidenciam um aumento da hemoglobina (85%; 86%), plaquetas (100%; 100%) e neutrófilos (95%; 92%), respectivamente nos protocolos ILIB 30' e 60'. Entretanto, a terapia ILIB 30' mostrou-se mais eficaz na produção de plaquetas e neutrófilos. A intervenção foi considerada eficaz quando o paciente demonstrava ter graus menores de constipação, diarreia (em paciente sem colostomia), náusea, dispepsia e vômito, conforme graduação proposta por escala em comparação entre os três grupos [77].

Cosmetologia simbiótica para manutenção da homeostase na pele do paciente crônico

Com enfoque maior na atenção aos cuidados e manutenção da saúde tanto na estética quanto na nutrição, os protocolos terapêuticos tomaram novas direções. Na busca por moldar-se a esses novos tempos tão desafiadores, a nutrição fortalecida tem sido incorporada de forma ampla e interdisciplinar na prática clínica. O objetivo principal é aumentar as funções fisiológicas individualmente, promover o fortalecimento da saúde e conseqüentemente aumento do bem estar, provocando a baixa no surgimento de doenças. Para isso, são empregados nutrientes a uma alimentação funcional, os chamados probióticos e prebióticos [78].

Poucos estudos comprovam a relação do intestino com a pele, mas existem alguns experimentos clínicos já revisados que evidenciaram que uma bactéria de ácido láctico, o *Lactobacillus Paracasei*, fundamental para a

função digestiva e funcionamento do sistema imunológico, tem impacto direto sobre a pele, conferindo a mesma menor sensibilidade. Outros estudos apontam que uma microbiota fortalecida não só reforça a barreira de proteção da pele como contribui para a homeostasia do tegumento [79]. O microbioma intestinal pode afetar a harmonia do estrato córneo, comandando as diferenciações das células epidérmicas e parece ter relação direta com a imunidade sistêmica reguladora de respostas inflamatórias da pele. A disbiose (desequilíbrio da microbiota intestinal) pode afetar diretamente a integridade do tegumento, levando a inflamações cutâneas como a psoríase e outras patologias. Pesquisas clínicas mostram que a suplementação bacteriana probiótica tem efeito positivo na função protetora da pele, sendo eficaz no tratamento da psoríase [80].

A pele também é colonizada por bactérias (microbiota cutânea) que podem sofrer influência de fatores externos ambientais. As variações e agressões extrínsecas e intrínsecas sofridas pela pele precisam ser combatidas através de tratamentos tópicos. A aplicação tópica dos agentes probióticos aumenta a barreira cutânea natural exercendo reação direta no local da aplicação, agem desde a eliminação de patógenos até a produção de peptídeos que atuarão contra agressores da pele [81].

Comprovados a integração entre o microbioma intestinal e a pele foram feitos diversos estudos utilizando prebióticos, probióticos e simbióticos para tratar alergias e outras afecções cutâneas como a acne. Essas pesquisas evidenciaram efeitos positivos

sobre a disbiose cutânea, através da aplicação tópica dos probióticos (fragmentos de bactérias da pele). O uso tópico da bactéria do ácido láctico *Streptococcus Thermophilus* parece aumentar a produção de ceramidas, importante constituinte da pele, responsável por manter a hidratação e homeostase, além de exercer atividade antimicrobiana e anti-inflamatória contra a *Propionibacterium Acnes* (*P. acnes*) [82].

Cosmetologia oncológica

Os tratamentos convencionais em pacientes oncológicos como a quimioterapia, radioterapia, procedimentos cirúrgicos e drogas antineoplásicas apresentam diversas implicações sobre o paciente e levam a reflexos como a queda capilar, ulcerações na pele, radiodermite, dermatites, xerose e descamação cutânea [83].

O cuidado associado à cosmética específica garante resultados e tem um papel fundamental aos cuidados de pacientes oncológicos, a escolha dos cosméticos corretos nesse processo é de extrema importância, formulações não agressivas e com princípios ativos regeneradores são a aposta para o tratamento cutâneo desses pacientes, muitas empresas estão investindo e criando produtos cosméticos tópicos para este fim [84].

O método tópico visando à nutrição cutânea é uma necessidade no tratamento desses pacientes. A hidratação do tecido ameniza os efeitos provocados pela radiação e outras agressões comumente geradas por terapias médicas do paciente oncológico. Uma pesquisa realizada recentemente sobre a

substância gordurosa do abacate mostrou seu impacto sob a intervenção em pacientes oncológicos, na restauração da microbiota da pele. O óleo de abacate é rico em vitamina E, ácidos graxos e têm propriedades emoliente, hidratante, cicatrizante, anti-inflamatória, calmante e antioxidante, ajuda a reconstruir a barreira de proteção da pele, desgastada pela radiação e uso de drogas antineoplásicas [85]. A cosmetologia oncológica tem base principal em produtos orgânicos, o uso das plantas medicinais parece exercer efeitos terapêuticos sobre a pele. A procura por tratamentos com produtos desenvolvidos a base de substâncias

vegetais tem aumentado significativamente. Os óleos naturais oferecem uma maior qualidade e possuem maior afinidade com a pele, sendo mais eficazes que outros óleos e substâncias empregadas em cosméticos. Os óleos vegetais fornecem nutrientes importantes ao tecido, possuem em sua formulação ácidos graxos semelhantes aos da pele humana, vitaminas e sais minerais benéficos. Os produtos orgânicos tem eficiência comprovada e podem substituir muitos químicos, como o lauril éter sulfato de sódio, agente de limpeza agressivo e irritativo [84].

Conclusão

Conclui-se a partir dessa revisão bibliográfica que os recursos comumente utilizados para realização de protocolos estéticos podem ser incorporados no tratamento do paciente crônico visando a melhora do bem estar, qualidade de vida e melhora da auto imagem. Os recursos naturais e a cosmetologia podem contribuir positivamente para recuperação da pele e prevenção de efeitos adversos provocados por tratamentos médicos e/ou pela própria patologia. Sugere-se a partir dessa revisão, o desenvolvimento de protocolos clínicos efetivos para o tratamento do paciente crônico baseados em terapias estéticas.



Referências

1. Tavares NUL; Bertoldi AD; Mengue SS; Arrais PSD et al. Factors associated with low adherence medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50: p. 50(suppl and 2).
2. Cockerham WC; Hamby BW; Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med*. 2017;(52(1S1): S5-S12.).
3. Leiteld C; Valente JG; Schramm JMA; Daumas RP et al. Burden of disease in Brazil and its regions. 2008 *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(7):1551-1564.
4. Sales CA; Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia [Palliative care: a perspective of comprehensive care for the cancer patient]. *Rev. Bras. Enferm*. 2003;56(5):566-569.
5. FROSSARD A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. *Cad. EBAPE.BR [online]*. 2016; vol.14(n.spe): p. pp.640-655.
6. Furlan VLA; Neto MS; Abla LEF; Oliveira CJR; Lima AC; Ruiz BFO et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Rev. Bras. Cir. Plast*. 2013 Apr/June; vol.28(no.2).
7. Wilkinson S; Aldridge J; Salmon I; Cain E; Wilson B. An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliat Med*; 13(5):409-417. 1999.
8. Gouvea DMDPG. A necessidade de cuidados paliativos para paciente com doenças crônicas: diagnóstico situacional em um hospital universitário. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2019 Epub Feb 03, 2020; vol.22 no.5.
9. Gnatta JR; Kurebayashi LFS; Turrini RNT; Silva MJP da. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórica e teórica. *Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]*. Fevereiro de 2016 [citado em 13 de agosto de 2020]; 50 (1): 127-133. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100127&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>.
10. Johnson JR; RL; Griffin KH et al. The effectiveness of nurse-delivered aromatherapy in an acute care setting. *Complement Ther Med*. 2016;25:164-169.
11. Ozkaraman A; Dügüm Ö; Özen Yılmaz H; Usta Yesilbalkan Ö. Aromatherapy: The Effect of Lavender on Anxiety and Sleep Quality in Patients Treated with Chemotherapy. *Clin J Oncol. Nurs*. 2018;22(2):203-210.
12. Darmstadt GL; Mao-Qiang M; Chi E; Saha SK; Ziboh VA; Preto RE et al. Impacto dos óleos tópicos sobre a barreira cutânea: possíveis implicações para a saúde neonatal nos países em desenvolvimento. *Acta Pediátrica (Oslo, Noruega: 1992)*. 2002;91(5):546-54.
13. Marino C. Fisiologia da pele, irritantes, pele seca e hidratantes. Departamento de Trabalho e Indústrias do Estado de Washington; 2006.
14. Rawlings AV; Scott IR; Harding CR; Bowser PA. Stratum corneum hidratação a nível molecular. *J Invest. Dermatol*. 1994;103(5):731-41.
15. Loden M. Papel dos emolientes e hidratantes tópicos no tratamento de perturbações da barreira cutânea seca. *Am J Clin. Dermatol*. 2003;4(11):771-88.
16. Lebwohl M; Herrmann LG. Deficiência da função da barreira cutânea em doença dermatológica e reparação com hidratação. *Cutis*. 2005;76(6 Suppl):7-12.

17. Ghadially R; Halkier-Sorensen L; Elias PM. Effects of petrolatum on stratum corneum structure and function. *J Am. Acad. Dermatol.* 1992;26(3 Pt 2):387–96.
18. Jensen P. Use of alternative medicine by patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Acta Dermato-venereologica.* 1990;70(5):421–4.
19. Standard for Olive Oils and Olive Pomace Oils. CODEX STAN 33-1981. International Food Standards: World Health Organization Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2015.
20. Basic Principles of Steam Distillation. 1995 [cited December 27, 2016]; Available from: <http://www.fao.org/docrep/V5350e/V5350e13.htm>.
21. Yurdakok M; Yurdakok K. Topical vegetable oil therapy for premature infants. *J Pediatr.* 1997;130(2):330–2.
22. Gould L; Abadir P; Brem H et al. Reparo e cicatrização de feridas crônicas em idosos: situação atual e pesquisas futuras. *J Am. Geriatr. Soc.* 2015; 63 (3): 427–438.
23. Boateng J; Catanzano O. Curativo terapêutico avançado para revisão eficaz da cicatrização de feridas. *J Pharm Sci.* 2015; 104 (11): 3653–3680.
24. Jahromi MAM; Zangabad OS; Basri SMM et al. Nanomedicina e tecnologias avançadas para queimaduras: prevenindo infecções e facilitando a cicatrização de feridas. *Adv. Drug Deliv. Rev.* 2017, 4 de agosto; Epub.
25. Ait-Ouazzou A; Loran S; Bakkali M et al. Composição química e atividade antimicrobiana de óleos essenciais de *Thymus algeriensis*, *Eucalyptus globulus* e *Rosmarinus officinalis* do Marrocos. *Sci Food Agric.* 2011; 91 (14): 2643–2651.
26. Takahashi T; Kokubo R; Sakaino M. Atividades antimicrobianas de extratos de folhas de eucalipto e flavonóides de *Eucalyptus maculata*. *Lett Appl Microbiol.* 2004; 39 (1): 60–64.
27. Moss M; Cook J; Wesnes K; Duckett P. Aromas de alecrim e óleos essenciais de lavanda afetam de forma diferente a cognição e o humor em adultos saudáveis. *Int. J Neurosci.* 2003; 113 (1): 15–38.
28. Sienkiewicz M; Lysakowska M; Pastuszka M; Bienias W; Kowalczyk E. O potencial do uso de óleos essenciais de manjerição e alecrim como agentes antibacterianos eficazes. *Moléculas.* 2013; 18 (8): 9334–9351.
29. Drulis-Kawa Z; Dorotkiewicz-Jach A. Liposomes as delivery systems for antibiotics. *Int. J Pharmaceut.* 2010; 387 (1): 187–198.
30. Gokce EH; Korkmaz E; Delleria E; Sandri G; Bonferoni MC; Ozer O. Nanopartículas lipídicas sólidas carregadas com resveratrol versus carreadores lipídicos nanoestruturados: avaliação do potencial antioxidante para aplicações dérmicas. *Int. J Nanomed.* 2012; 7 : 1841–1850.
31. Estimativas de saúde global da Organização Mundial da Saúde: Mortes por causa, idade, sexo e país. Disponível online: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
32. Relatório da Situação Global da Organização Mundial da Saúde sobre Doenças Não Transmissíveis de 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
33. Matthew JR; Kaye AD. Medicina complementar e alternativa e doença cardiovascular: uma revisão baseada em evidências. *Evid. Complemento baseado. Altern. Med.* 2013; 2013 : 1–8.

34. Vinson JA; Dabbagh YA; Serry MM; Jang J. Os flavonóides vegetais, especialmente os flavonóis do chá, são antioxidantes poderosos que usam um modelo de oxidação in vitro para doenças cardíacas. *J. Agric. Food Chem.* 1995; 43 : 2800–2802.
35. Pires PW; Sullivan MN; Pritchard HA; Robinson JJ; Earley S. Unitary TRPV3 channel Ca²⁺ influx evokes endothelium-dependent dilation of brain parenchymal arterioles. *Sou. J. Physiol. Heart Circ. Physiol.* 2015; 309 : 2031–2041.
36. Song F; Li H; Sun J; Wang S. Protective effects of cinnamic acid and cinnamic aldehyde on isoproterenol-induced acute myocardial ischemia in rats. *J. Ethnopharmacol.* 2013; 150 : 125–130.
37. Hertog MG; Feskens EJ ;Kromhout D; Hollman PC; Katan MB. Dietary antioxidant flavonoids and risk of coronary heart disease: The Zutphen Elderly Study. *Lanceta.* 1993; 342 : 1007–1011.
38. Vinson JA; Jang J; Dabbagh YA; Serry MM; Cai S. Os polifenóis vegetais exibem atividade antioxidante ligada à lipoproteína usando um modelo de oxidação in vitro para doenças cardíacas. *J. Agric. Food Chem.* 1995; 43 : 2798–2799.
39. Van de Braak SAAJ; Leijten GCJJ. Essential Oils and Oleoresins: A Survey in the Netherlands and Other Major Markets in European Union. CBI, Centro para a Promoção de Importações de Países em Desenvolvimento; Rotterdam, Holanda: 1999. p. 116.
40. De Sousa DP. Atividade analgésica dos constituintes dos óleos essenciais. *Moléculas.* 2011; 16 : 2233–2252.
41. Sarmiento-Neto JF; Do Nascimento LG; Felipe CF; De Sousa DP. Potencial analgésico de óleos essenciais. *Moléculas.* 2016; 21:20.
42. De Almeida RN; Agra MF; Maior FN; De Sousa DP. Óleos essenciais e seus constituintes: Atividade anticonvulsivante. *Moléculas.* 2011; 16 : 2726–2742.
43. De Cássia da Silveira e Sá R; Andrade LN; De Sousa DP. Uma revisão sobre atividade anti-inflamatória de monoterpenos. *Moléculas.* 2013; 18 : 1227–1254.
44. De Cássia da Silveira e Sá R., Andrade LN, De Sousa DP Sesquiterpenos de óleos essenciais e atividade anti-inflamatória. *Nat. Prod. Comum.* 2015; 10 : 1767–1774.
45. De Cássia da Silveira e Sá R; Andrade LN; Dos Reis Barreto de Oliveira R; De Sousa DP. Uma revisão sobre a atividade anti-inflamatória dos fenilpropanóides encontrados em óleos essenciais. *Moléculas.* 2014; 19 : 1459–1480.
46. Carvalho AA; Andrade LN; De Sousa EB; De Sousa DP. Antitumoral fenilpropanóides encontrados em óleos essenciais. *Biomed. Res. Int.* 2015: 392674.
47. De Sousa DP. *Bioactive Essential Oils and Cancer.* Springer; New York, NY, USA: 2015.
48. Sobral MV, Xavier AL, Lima TC, De Sousa DP Antitumoral activity of monoterpenes found in essential oils. *Sci. World J.* 2014: 953451.
49. De Sousa DP; De Almeida Soares Hocayen P; Andrade LN; Andreatini R. Uma revisão sistemática dos efeitos do tipo ansiolítico de óleos essenciais em modelos animais. *Moléculas.* 2015; 20 : 18620–18660.
50. Oliveira FA; Andrade LN; De Sousa EB; De Sousa DP. Atividade anti-úlceras dos constituintes do óleo essencial. *Moléculas.* 2014; 19 : 5717–5747.
51. Shankar K; Iao LP. Traditional systems of medicine. *Phys Med. Rehabil. Clin. N Am.* 2004 Nov;15(4):725-47.

52. Tovar MK; Cassmeyer VL. Touch. The beneficial effects for the surgical patient. *AORN J.* 1989 May;49(5):1356-61.
53. Mühlenpfordt I; Stritter W; Bertram M; Ben-Arye E; Seifert G. The power of touch: external applications from whole medical systems in the care of cancer patients (literature review). *Support Care Cancer.* 2020 Feb;28(2):461-471.
54. Bjorbækmo WS; Mengshoel AM. "A touch of physiotherapy" the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiother. Theory Pract.* 2016;32(1):10-9.
55. Monzillo E; Gronowicz G. New insights on therapeutic touch: a discussion of experimental methodology and design that resulted in significant effects on normal human cells and osteosarcoma. *Explore (NY).* 2011 Jan-Feb;7(1):44-51.
56. Westman KF; Blaisdell C. Many Benefits, Little Risk: The Use of Massage in Nursing Practice. *Am J Nurs.* 2016 Jan;116(1):34-9; quiz 40-1.
57. Zangrando F; Piccinini G; Tagliolini C; Marsilli G; Iosa M; Vulpiani MC; Paolucci T. The efficacy of a preparatory phase of a touch-based approach in treating chronic low backpain: a randomized controlled trial. *J Pain Res.* 2017 Apr. 20;10:941-949.
58. Gras M; Vallard A; Brosse C; Beneton A; Sotton S; Guyotat D; Fournel P; Dagueneat E; Magné N; Morisson S. Use of Complementary and Alternative Medicines among Cancer Patients: A Single-Center Study. *Oncology.* 2019;97(1):18-25.
59. E. Ernst. The safety of massage therapy, *Rheumatology*, Volume 42, Issue 9, September 2003, Pages 1101–1106.
60. Westman KF; Blaisdell C. Many Benefits, Little Risk: The Use of Massage in Nursing Practice. *Am J Nurs.* 2016;116(1):34-41.
61. Ho SSM; Kwong ANL; Wan KWS; Ho RML; Chow KM. Experiências da massagem com aromaterapia em mulheres adultas com câncer: um estudo qualitativo. *Journal of Clinical Nursing.* 2017, 26 (23-24), 4519-4526.
62. Without Vodder II Manual Lymph Drainage in More Severe Chronic Post Mastectomy Upper. Gradalski T; Ochalek K; Kurpiewska J. Complex Decongestive Lymphatic Therapy Withor Limb Lymphedema: A Randomized non-Inferiority Prospective Study. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Dec;50(6):750-7.
63. Xu G. Renal Interstitial Lymph angiogenesis in Renal Fibrosis. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2019;1165:543-555.
64. Grada AA; Phillips TJ. Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. *J Am. Acad. Dermatol.* 2017 Dec;77(6):1009-1020.
65. Molski P; Kruczyński J; Molski A; Molski S. Manual lymphatic drainage improves the quality of life in patients with chronic venous disease: a randomized controlled trial. *Arch. Med. Sci.* 2013 Jun 20;9(3):452-8.
66. Dos Santos Crisóstomo RS; Candeias MS; Ribeiro AM; da Luz Belo Martins C; Armada-da-Silva PA. Manual lymphatic drainage in chronic Venous disease: a duplex ultrasound study. *Phlebology.* 2014 Dec;29(10):667-76.
67. Ezzo J; Manheimer E; McNeely ML; Howell DM; Weiss R; Johansson KI; Bao T; Billy L; Tuppo CM; Williams AF; Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database. Rev.* 2015 May 21;(5):CD003475.
68. Oliveira MMF; Gurgel MSC; Amorim BJ; Ramos CD; Derchain S; Furlan-Santos N; Dos Santos CC; Sarian LO. Long term effects of manual lymphatic drainage and active exercises on Physical morbidities, lymphoscintigraphy parameters and lymphedema formation in pa-

- tients operated due to breast cancer: A clinical trial. *PLOS One*. 2018 Jan 5;13(1):e0189176.
69. Hegedus F; Mathew LM; Schwartz RA. Radiation dermatitis: an overview. *Int. J Dermatol*. 2017 Sep;56(9):909-914.
70. Marín A; Vargas-Díez E; Cerezo L. Radio-terapia em Dermatología [Radiotherapy in Dermatology]. *Actas Dermo. sifiliogr*. 2009 Apr;100(3):166-81.
71. Singh M; Alavi A; Wong R; Akita S. Radioder- matitis: A Review of Our Current Understand- ing. *Am. J Clin. Dermatol*. 2016 Jun;17(3):277- 92.
72. Robijns J; Censabella S; Claes S; Panne- koeke L; Bussé L; Colson D; Kaminski I; Lodewi- jckx J; Bulens P; Maes A; Noé L; Brosens M; Timmermans A; Lambrichts I; Somers V; Mebis J. Biophysical skin measurements to evaluate the effectiveness of photobiomodulation ther- apy in the prevention of acute Radiation der- matitis in breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2019 Apr;27(4):1245-1254.
73. Strouthos I; Chatzikonstantinou G; Tselis N; Bon D; Karagiannis E; Zoga E; Ferentinos K; Maximenko J; Nikolettou-Fischer V; Zam- boglou N. Photobiomodulation therapy for the management of radiation induced derma- titis: A single-institution experience of adju- vante radiotherapy in breast câncer patients after breast conserving surgery. *Strahlen ther Onkol*. 2017 Jun;193(6):491-498. English.
74. Censabella S; Claes S; Robijns J; Bulens P; Mebis J. Photobiomodulation for the manage- ment of Radiation dermatitis: the DERMIS trial, a pilot study of MLS(®) laser therapy in breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2016 Sep;24(9):3925-33.
75. KazemiKhoo N; Iravani A; Arjmand M; A me- tabolomic study on the effect of intravascular laser blood irradiation on type 2 diabetic pa- tients. *Lasers Med Sci*. 2013;28(6):1527-1532. doi:10.1007/s10103-012-1247-4
76. Tomé RFF; Silva DFB; Dos Santos CAO; de Vasconcelos Neves G; Rolim AKA; de Castro Gomes DQ. ILIB (intravascular laser irradiation of blood) as na adjuvant therapy in the treatment of patients with chronic systemic diseases-an integrative literature review [published online ahead of print, 2020 Jul 12]. *Lasers Med Sci*. 2020;10.1007/s10103-020-03100-4.
77. Lima, TO. Efficacy of transcutaneous laser therapy on adverse effects of chemotherapy: randomized controlled trial [monografia on the Internet]. [placeunknown]: Universidade Estadual Paulista; 2019 [cited 2020 Oct. 13]. 57
78. Saad SMI. Probióticos e prebióticos: o estado da arte. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2006 jan./mar; v.42(n.1).
79. Benyacoub J; Bosco N; Blanchard C; Demont A; Philippe D; Castiel-Higounenc I; Guéniche A. Immune modulation property of *Lactobacillus Paracasei* NCC2461 (ST11) strain and. 2014; 5(2) 14 February 2013 / Accepted: 20 March 2013: p. 129-136.
80. Alesa DI; Alshamrani HM; Alzahrani YA; Alamssi DN; Alzahrani NS; Almohammadi ME. The role of gut microbiome in the pathogenesis of Psoriasis and the therapeutic effects of probiotics. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. (2019) novembro 15;(8 (11): 3496-3503).
81. Al-Ghazzewi FH; Tester RF. Impact of prebiotics and probiotics on skin health. *Benef. Microbes*. 2014 Jun 1;5(2):99-107.
82. Bowe WP; Logan AC. Acne vulgaris, probiotics and the gut-brain-skin axis—back to the future? *Gut Pathog*. 2011 janeiro 31; 3(1).
83. Fabra DG; Kayo AP; Leal ARDO; Salzano V; Guglielmino F. Alterações dermatológicas em pacientes oncológicos adultos e crianças. *Dermatological alterations in oncological patients – adults and children*. 2009 Mai/Ago: p. p.87-93.

84. Cavalcante LMM; Almeida MA; Bitencourt YN; Brasilino CCVC; Silva VC. Estética Humanizada nos Cuidados Paliativos. Anais Jornec. 2019; Vol. 4(<http://ulbra-to.br/jornec/assets/download/20192/anais-20192.pdf>): p. 5 a 17.

85. Rohr BN. Desenvolvimento de emulsão contendo óleo de abacate como adjuvante no tratamento das alterações epiteliais de pacientes oncológicos. Unisc, 2018.