



CURSO DE FISIOTERAPIA

MARIANA CARVALHO

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

**Sinop/MT
2023**



CURSO DE FISIOTERAPIA

MARIANA CARVALHO

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão I de Curso apresentado à Banca Avaliadora do **Departamento de Fisioterapia**, da UNIFASIPE, como requisito parcial para aprovação da disciplina.

Orientadora: Prof^ª Mayse Doro

**Sinop/MT
2023**

MARIANA CARVALHO

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia - UNIFASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Professora Orientador(a): **Mayse Doro**
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a):
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Professor(a) Avaliador(a):
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE

Fabiano Pedra Carvalho
Departamento de Fisioterapia - UNIFASIPE
Coordenador do Curso de Fisioterapia

CARVALHO, Mariana. **A importância da atuação fisioterapêutica nos cuidados paliativos**. 2023. 48p.

Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE.

RESUMO

O câncer é definido por um agrupamento de diversas doenças que ocorrem devido ao desenvolvimento anárquico de células malignas, que por sua vez, apoderam-se de outros órgãos e tecidos, sendo capaz de se alastrar por meio da corrente sanguínea ou linfática para outras partes do corpo. Os Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem interdisciplinar e atuam proporcionando o alívio dos sintomas e diminuindo o sofrimento do indivíduo especialmente na área biopsicossocial e espiritual, desde o diagnóstico até o fim da vida. O objetivo desse trabalho é descrever os Cuidados Paliativos e compreender a atuação do fisioterapeuta em pacientes oncológicos. Metodologia: Pesquisas por via eletrônica, tais como: plataformas de pesquisas de artigos científicos, Google acadêmico, além da utilização de revistas. O fisioterapeuta irá atuar evitando as diversas complicações causadas pelo tratamento da doença, preservando, mantendo e restaurando a integridade cinético-funcional do paciente. Conclui-se por fim, a suma importância da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos, que trabalhem em conjunto com o intuito de proporcionar o melhor ao paciente, sendo o fisioterapeuta o profissional essencial nesse grupo.

Palavras-chave: Câncer; Fisioterapia; Multidisciplinar.

CARVALHO, Mariana. **The importance of physiotherapeutic activities in palliative.** 2023.
48p. Completion of course work – Fasipe University Center – UNIFASIPE.

ABSTRACT

Cancer is defined by a grouping of several diseases that occur due to the anarchic development of malignant cells, which, in turn, take over other organs and tissues, being able to spread through the blood or lymphatic stream to other parts of the body. Palliative Care is defined as an interdisciplinary approach and works to relieve symptoms and reduce the individual's suffering, especially in the biopsychosocial and spiritual areas, from diagnosis to the end of life. Objective: to describe Palliative Care and understand the role of the physiotherapist in cancer patients. Methodology: Electronic searches, such as: research platforms for scientific articles, Google scholar, in addition to the use of journals. The physiotherapist will work to avoid the various complications caused by the treatment of the disease, preserving, maintaining, and restoring the patient's kinetic-functional integrity. Finally, it is concluded the paramount importance of the multidisciplinary team in palliative care, which work together in order to provide the best to the patient, with the physiotherapist being the essential professional in this group.

Keywords: Cancer; Multidisciplinary; Physiotherapy.

LISTA DE SIGLAS

ATP	Molécula de adenosina trifosfato
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EVN	Escala Visual Verbal
FES	Estimulação Elétrica Funcional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LH	Linfomas de Hodgkin
LLA	Leucemia Linfocítica Aguda
LLC	Leucemia Linfocítica Crônica
LMA	Leucemia Mielocítica Aguda
LMC	Leucemia Mielocítica Crônica
LNH	Linfomas Não-Hodgkin
OMS	Organização Mundial de Saúde
TFC	Functional Assessment of Cancer Therapy
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Surgimento do câncer.	15
Figura 2. Estágios da carcinogênese.	15
Figura 3. Metástase.	16
Figura 4. Diferença entre tipo de tumores.	16
Figura 5. Escala visual/verbal numérica.	24
Figura 6. Equipe de Saúde Multidisciplinar.	24
Figura 7. Áreas do corpo humano afetadas pela Síndrome do Imobilismo.	27
Figura 8. Pictograma de Fadiga.	31
Figura 9. Zonas de pressão.	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Escala de Coma de Glasgow.....	35
Quadro 2. Escala de Braden.....	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa	11
1.2 Problematização	12
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Geral:	13
1.3.2 Específicos:	13
1.4 Procedimentos metodológicos	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 Patogênese do câncer	14
2.2 Fisioterapia Oncológica	18
2.3 Cuidados Paliativos	19
2.4 Fisioterapia em Cuidados Paliativos	21
2.5 Recursos fisioterapêuticos	23
2.5.1 Terapia da dor	23
2.5.2 Terapia para alívio dos sintomas psicofísicos	25
2.5.3 Terapia de complicações osteomioarticulares	26
2.5.4 Terapia em complicações linfáticas	28
2.5.5 Terapia na fadiga	29
2.5.6 Terapia para as disfunções pulmonares	32
2.5.7 Terapia em pacientes neurológicos	33
2.5.8 Terapia para úlceras de pressão.....	36
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

A palavra Câncer é derivada do grego “*karkinos*”, que tem como significado caranguejo, está entre as doenças que mais causam morte no mundo e é previsto que nos próximos anos seu número atinja dados significativos. É definido por um agrupamento de diversas doenças que ocorrem devido ao desenvolvimento anárquico de células malignas, que por sua vez, apoderam-se de outros órgãos e tecidos, sendo capaz de se alastrar por meio da corrente sanguínea ou linfática para outras partes do corpo, ocasionando metástase (BURGOS, 2017).

Segundo o INCA (2020), falecem por ano mais de 8,8 milhões de pessoas vítimas de câncer, em 2019, pesquisas relatam mais de 600 milhões de novos casos de adoecimento. O câncer está entre as doenças com maior prevalência de mortalidade e morbidade e mortalidade no mundo todo. Ocupa a segunda posição entre as causas de padecimento no mundo (OLIVEIRA et al., 2020).

As providências utilizadas para prolongar a vida de um indivíduo na sua fase final e o constante esforço pela cura de patologias resistentes ao tratamento, afasta as chances de proporcionar a esse paciente dignidade e consolo no momento final de sua vida. Nessa situação, diferentemente do Cuidado Curativo, o Cuidado Paliativo tem como objetivo dedicar-se inteiramente no indivíduo, focando em conter os sintomas de doenças que não mais apresentam esperanças de melhoras (GOMES e OTHERO, 2016).

Na história, os Cuidados Paliativos datam início no Reino Unido e foi fundado pela enfermeira e médica Cicely Saunders, que em 1967, decidiu dedicar a sua vida para trazer alívio ao sofrimento humano. Neste mesmo ano, iniciou a criação do movimento hospice, palavra derivada do latim “*hospitium*” que tem como significado “hospedagem ou hospitalidade”. A princípio, tais cuidados seriam destinados à portadores de câncer em estágio avançado, porém, devido à grande notabilidade adquirida mundialmente, foram estendidos para distintas doenças crônicas (MACHADO et al., 2021).

Os Cuidados Paliativos são de suma importância no atendimento à pacientes sem perspectivas de cura, a equipe envolvida nos cuidados destes, empenham-se em proporcionar melhor qualidade de vida e a reduzir e aliviar os sintomas ocasionados, tais como físicos, psíquicos e espirituais. O tratamento é oferecido tanto ao indivíduo quanto aos seus familiares, desde o diagnóstico até os momentos finais de sua vida (CAMPOS; SILVA JHONATAN; SILVA JOSIMÁRIO, 2019).

No tratamento multidisciplinar a atuação fisioterapêutica é desempenhada em todas as fases da doença. Nessa circunstância, o fisioterapeuta opera de modo a integrar a abordagem paliativa, a fim de oferecer dentro do seu alcance profissional, a atenção que o paciente precisa, através de técnicas que influenciam no organismo humano, objetivando a mobilização ativa ou passiva e melhorando as atividades funcionais do corpo. A fisioterapia age oferecendo uma melhor qualidade de vida aos portadores de câncer nas fases iniciais ou finais da doença, restaurando a dignidade e instruindo aos familiares e cuidadores a melhor forma de lidar com a enfermidade (MARCIÃO et al., 2021).

Assim, nota-se a importância da atuação fisioterapêutica nos Cuidados Paliativos, contribuindo para proporcionar dignidade e alívio nos sintomas, além de auxiliar o paciente a se adaptar às diferentes fases do tratamento, contribuindo em suas questões emocionais, sociais e espirituais, visando preservar e restaurar a integridade cinético funcional de órgãos e sistema (SILVA et al., 2021).

1.1 Justificativa

Nos últimos tempos, o câncer tem se tornado um preocupante problema para a Saúde Pública. Pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que em 2030, o câncer vai atingir no mundo, cerca de 27 milhões de novas ocorrências, 17 milhões de falecimento e 75 milhões de indivíduos diagnosticados com a doença por ano. Além disso, estima-se que os países de baixa e média renda serão os mais afetados. No Brasil, apuramentos supõem o surgimento de aproximadamente 580 mil novos casos de câncer, evidenciando assim, a seriedade da questão no país (FREIRE et al., 2018).

Estima-se que o câncer de próstata será na população masculina predominante, com cerca de 68 mil casos e com a porcentagem de (31,7%), seguido pelo câncer de pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e o câncer na cavidade oral com (5,2%). Já na população feminina, é estimado uma maior ocorrência do câncer de mama com cerca de 60

mil casos e com a porcentagem de (29,5%), seguidamente o câncer de intestino (9,4), colo de útero (8,1%), pulmão (6,2%) e por fim, com (4,0%) o câncer de tireoide (SILVA et al., 2018).

A atuação da equipe multidisciplinar no tratamento oncológico é essencial. A Fisioterapia em oncologia contribui para converter em números menores os resultados adversos do tratamento. Assim, oferecendo ao paciente uma melhor qualidade de vida, além da diminuição dos sintomas e efeitos positivos referentes à recuperação físico funcional (NASCIMENTO; MARINHO; COSTA, 2017).

Em virtude desses dados alarmantes, percebe-se a alta incidência de câncer na população brasileira, resultando em modificações na qualidade de vida, acarretando uma grande ocorrência de mortalidades e causando grandes gastos a Saúde Pública. Dessa forma, fica claro a relevância de pesquisar e discutir sobre a atuação fisioterapêutica nos Cuidados Paliativos.

Assim, este é um estudo de grande interesse para a Fisioterapia, que tem como objetivo identificar a importância da atuação fisioterapêutica nos Cuidados Paliativos.

1.2 Problematização

A cura para o câncer geralmente está associada ao estágio da doença, sendo assim, quanto mais cedo a patologia for identificada, maiores são chances de recuperação. Além disso, ter o conhecimento do estágio em que paciente se encontra é fundamental, pois permite uma melhor avaliação do prognóstico e da efetividade do tratamento (BARBOSA, et al., 2020).

Indivíduos do qual o câncer encontra-se em estágio avançado recebem o diagnóstico de incurabilidade, ou seja, não apresentam respostas ao tratamento. Nesses casos, o paciente passa a ter ciência de que a morte é uma possibilidade. Logo, a percepção da nova realidade causa no mesmo e em seus familiares um grande peso emocional (SILVA et al., 2021).

Por fim, a alta taxa de mortalidade por câncer torna necessário um tratamento apropriado aos portadores dessa doença, formado por uma equipe multidisciplinar, que trabalhem em conjunto com o intuito de proporcionar o melhor ao paciente, sendo o fisioterapeuta o profissional essencial nesse grupo. Em vista disso, questiona-se: Qual a importância da atuação do Fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral:

Avaliar o papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos e os recursos terapêuticos utilizados.

1.3.2 Específicos:

- Definir Cuidados Paliativos;
- Destacar a importância da fisioterapia nos Cuidados Paliativos;
- Descrever os recursos terapêuticos.

1.4 Procedimentos metodológicos

Este trabalho pertence a um estudo de revisão bibliográfica composta através das pesquisas nas bases de dados eletrônicas, tais como Google acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *National Library of Medicine* (Pubmed), sites governamentais materiais e conteúdos publicados em livros, revistas, jornais e artigos científicos. Foram utilizados os descritores: cuidados paliativos; câncer e fisioterapia oncológica. Foram selecionados artigos de 2000 a 2023 referentes aos assuntos abordados bem como algumas traduções da língua inglesa para portuguesa.

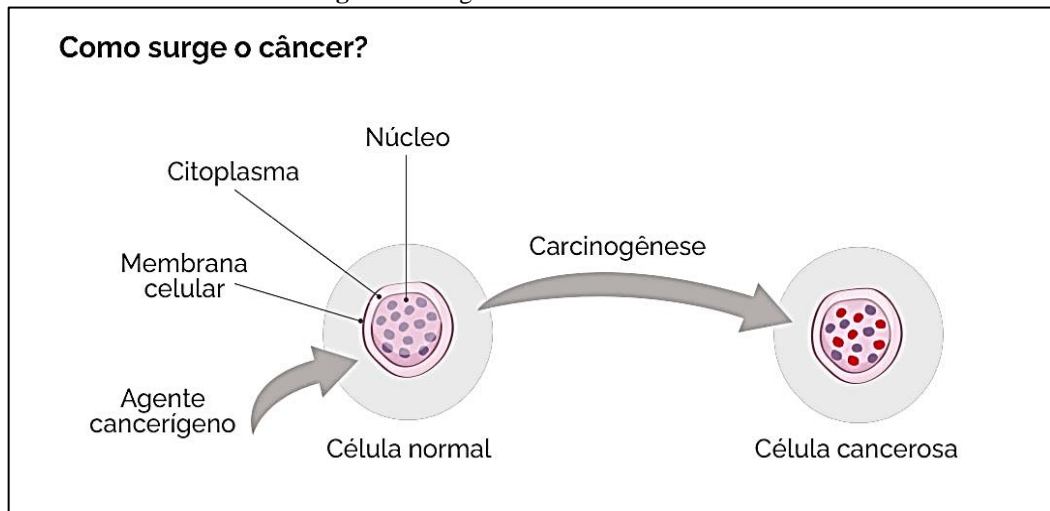
A coleta de dados se deu início em agosto de 2022 perdurando até junho de 2023. Inicialmente foram efetuadas análises dos artigos, como: leitura para verificar se estes se enquadram com o tema escolhido, posteriormente, foi realizada uma leitura cautelosa e analítica para um possível resumo do que se foi compreendido do mesmo, para assim colocar por escrito no presente trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Patogênese do câncer

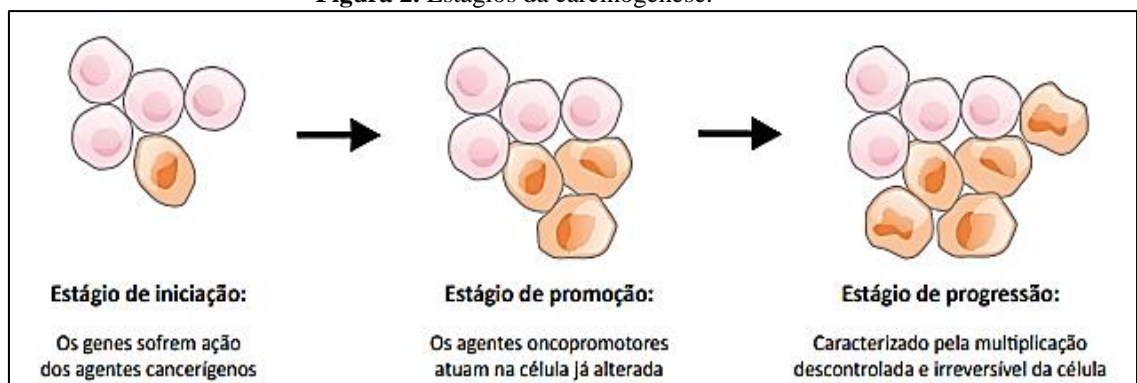
Existem no corpo humano, trilhões de células que fazem a sua formação, essas por sua vez, se multiplicam através da divisão celular. Em um organismo saudável, o processo é organizado e comedido e é encarregado pela criação, regeneração e crescimento dos tecidos do corpo. O câncer é desencadeado quando células do tecido do corpo ou de órgãos iniciam um crescimento descontrolado. Ao contrário do ciclo de vida das células normais, as células cancerígenas não morrem, invés disso, continuam crescendo e dando origem a novas células anômalas (ONCOGUIA, 2017).

O surgimento do câncer acontece em razão a um dano no DNA da célula, que começa a receber orientações erradas para suas funções como mostra a Figura 1. Esses danos podem suceder nos proto-oncogênes, genes especiais que inicialmente são inativos em células normais. A medida em que são ativados, os proto-oncogênes passam a ser oncogenes, incumbido por converter células normais em células cancerosas. Esse procedimento é nomeado de carcinogênese ou oncogênese, normalmente ocorre devagar, levando até anos para que uma célula cancerosa cresça e manifeste um tumor notável (INCA, 2022).

Figura 1. Surgimento do câncer.

Fonte: Hanzel (2022).

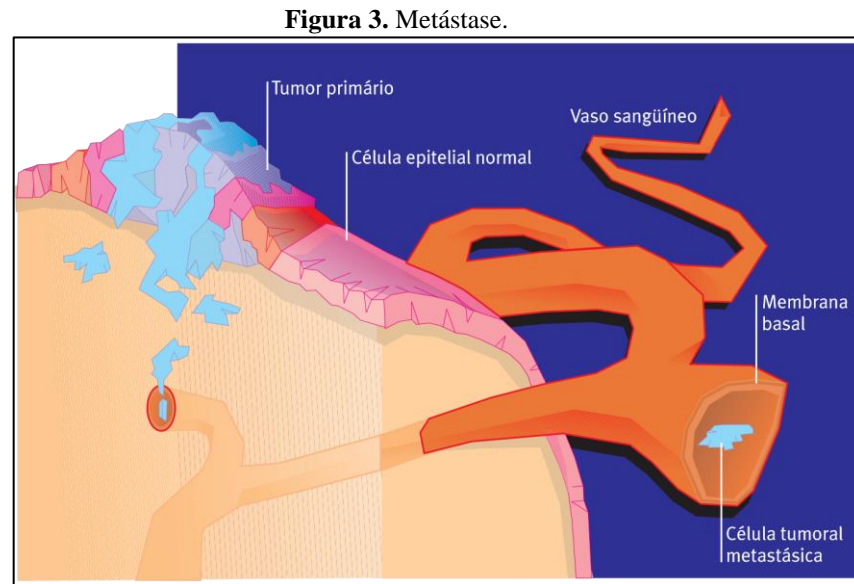
A carcinogênese possui três estágios como mostra a Figura 2, o primeiro estágio é o de iniciação, fase em que as células já se encontram modificadas, no entanto o tumor ainda não pode ser detectado. No estágio de promoção, as células modificadas se tornam células malignas ao entrar em contato com o agente cancerígenos classificados em oncopromotores, o processo ocorre de forma lenta e gradual. Para que a transformação seja completa, é preciso que ocorra um contato contínuo com o agente promotor. O terceiro e último estágio, chamado de progressão, é caracterizado pela multiplicação incontida e irreversível das células danificadas. Nesse estágio, aparecem as primeiras manifestações clínicas, pois o câncer já está instalado e já pode ser identificado (INCA, 2022).

Figura 2. Estágios da carcinogênese.

Fonte: Thuler (2011).

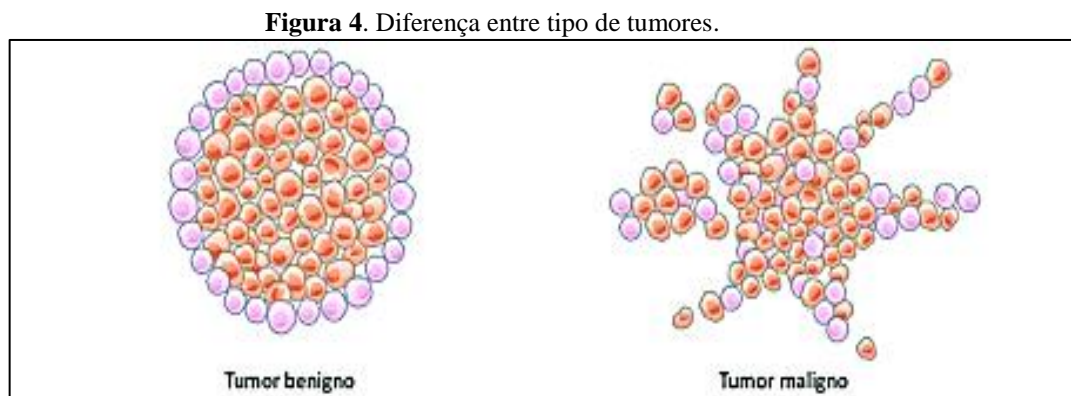
De acordo com o INCA, o câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que se assemelham pelo desenvolvimento irregular de células que invadem os tecidos e órgãos podendo se alastrar em outras regiões do corpo formando assim a metástase, como mostra a

Figura 3. Essas células se dividem rapidamente e costumam ser incontrolláveis e agressivas, podem determinar a criação de tumores através do acúmulo de células cancerosas ou em neoplasias malignas ou benignas (SCANDIUZZIL; SILVA, 2008).



Fonte: Belizário (2002).

Os tumores ou neoplasias malignas são caracterizados por sua ampla manifestação. Tendem a se espalhar em tecidos e órgãos próximos, provocando a metástase e sendo capaz de levar a óbito o hospedeiro, diferentemente do tumor benigno, que por sua vez, se caracteriza como uma massa localizada de células que se desenvolve lentamente e com limites definidos, podendo se assimilar ao seu tecido original e dificilmente oferece risco de vida sendo incapazes de invadir tecidos e realizar metástases como mostra a Figura 4 (SILVA; BUTTOW, 2022).



Fonte: Thuler (2011).

A inúmeros tipos de câncer que podem ser separados em grupos. Os principais são: Carcinoma, Sarcomas, Leucemias, Linfomas, Mielomas e Tumores do Sistema Nervoso Central. Os carcinomas são subdivididos em carcinoma de células basais, carcinoma de células de transição, carcinomas de células escamosas e adenocarcinoma. Podem se originar no epitélio ou nos tecidos que cobrem os órgãos internos, possuem células diferenciadas e indiferenciadas. As células indiferenciadas geram tumores quando transplantadas para os hospedeiros certos (HANZEL; DINTZIS, 2007).

Sarcomas é um grupo desigual de tumores raros. Existem diversos tipos de sarcomas, sendo eles sarcomas ósseos, sarcomas de Ewing, tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos e sarcomas de partes moles, sendo o último o mais comum. Aparecem normalmente como uma massa assintomática, provocada em uma extremidade, porém podem suceder em várias partes do corpo, especialmente no tronco, cabeça e pescoço. Além disso, podem se desenvolver nas cartilagens, músculos, ossos, vasos sanguíneos ou em tecidos conjuntivos (CORMIER; POLLOCK, 2004).

A leucemia é neoplasia que mais atinge crianças e adolescentes, possui um tempo curto de latência e seus sintomas são manifestados em poucas semanas. É originada nas células hematopoiéticas, logo, inicia-se na medula óssea, seguidamente adentra-se no sangue periférico, conseguindo alcançar vários órgãos. Há no mundo mais de 12 tipos de leucemia, sendo as principais: Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), Leucemia Mielocítica Aguda (LMA), Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) e Leucemia Mielocítica Crônica (LMC) (DUTRA et al., 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a leucemia e o linfoma compartilham o mesmo tipo celular e podem representar uma única doença, porém, em diferentes estágios de desenvolvimento. Os linfomas são definidos pela transformação neoplásicas de células linfóides normais, encontradas principalmente em tecidos linfóides. Existem dois tipos de linfomas, Linfomas de Hodgkin (LH) e Não-Hodgkin (LNH), sendo o Linfoma Não-Hodgkin considerado de alto grau (ARAÚJO et al., 2008).

O mieloma é uma neoplasia provocada pela propagação dos linfócitos B na medula óssea que por sua vez, produz e secreta de forma desigual imunoglobinas monoclonais ou fragmentos dela, que recebem o nome de proteína M. É considerado um tumor maligno das células linfóides e ocorre devido ao crescimento pré-maligno clonal dos plasmócitos secretores de imunoglobina, classificados como Gamotia Monoclonal de Significação Obscura (SALEMA; CARVALHO, 2019).

Os tumores do Sistema Nervoso Central são tumores sólidos, podem ser malignos ou benignos e são pertencentes a um grupo complexo e heterogêneo de tumores primários. Esses tumores, dificilmente atingem adultos, sendo mais comuns em crianças, são os principais responsáveis pelo falecimento por câncer em indivíduos com menos de 19 anos. Possuem heterogeneidade pois compreendem mais de 100 tipos histológicos definidos pela Classificação de Tumores do Sistema Nervoso Central da Organização Mundial da Saúde segundo a origem e características histopatológicas da célula (MOTA; BARBOSA; ALMEIDA; 2022).

São diversas razões que desencadeiam o câncer, sendo elas internas ou externas, podendo estar interligadas ou não. As razões externas estão associadas ao meio ambiente, as práticas e condutas de uma sociedade. Já as razões internas, estão relacionadas à competência do organismo de se defender das agressões vindas do meio externo, podendo ser psicológicas, genéticas, reprodutivas, ambientais, qualidade de vida, irradiação e vírus (RAMOS; SABÓIA; FORTINI, 2018).

O processo do desenvolvimento do câncer é bastante complexo, tendo como principais causas fatores de risco herdados tais como sistema imunológico comprometido, predisposição genética e hormônios, e fatores de riscos ambientais, como alcoolismo e tabagismo, má alimentação, inatividade física, vírus e a ocupação e exposição às radiações e a produtos químicos (ONCOGUIA, 2015).

2.2 Fisioterapia Oncológica

A Fisioterapia é uma ciência aplicada que tem como principal objetivo o conhecimento do movimento humano. No tratamento terapêutico, o Fisioterapeuta utiliza seus conhecimentos e técnicas, visando proporcionar, aperfeiçoar e adequar as condições físicas, psíquicas e sociais do indivíduo, numa ligação conecta o terapeuta, o paciente e recursos físicos e naturais. Nos Cuidados Paliativos, é indispensável a participação do terapeuta no âmbito familiar, social e espiritual do paciente (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012).

O profissional de fisioterapia dispõe de um conjunto de recursos terapêuticos que agregam no tratamento de pacientes oncológicos, oferecendo melhoria nos sintomas e na qualidade de vida diária. O fisioterapeuta contribui através de alongamentos, terapia manual, mobilização articular, exercícios para fortalecer a musculatura, exercícios para melhorar a respiração, técnicas de higiene brônquica, e quando preciso, oferecem suporte de oxigênio e ventilação mecânica (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

As condutas fisioterapêuticas são efetuadas por intermédio de orientações em domicílio e tratamentos específicos ambulatoriais e hospitalares, conforme a fase do tratamento e dos sintomas apresentados (BERGMANN et al., 2011). O contato entre o fisioterapeuta e o paciente são de suma importância. A comunicação contribui para o alívio do sofrimento e do sentimento de desamparo, que é um dos principais problemas enfrentados pelo paciente e seus familiares após receber o diagnóstico da doença. Por meio da discussão do prognóstico e o plano de tratamento, os profissionais podem manifestar sua atenção e apoio diante as condições do paciente, respeitando suas diferenças e contribuindo para o seu crescimento mesmo no fim da vida (BRASIL, 2005).

Em pacientes oncológicos, observa-se aumento de tensões musculares resultadas pela presença de dor. O fisioterapeuta, por meio de terapias manuais e técnicas, tem como finalidade obter o relaxamento da musculatura, a diminuição da sobrecarga muscular, liberação cicatricial e pontos de fibrose, redução de bloqueio articular, controle postural, além de contribuir para o restringimento da ansiedade e estresse do paciente. São utilizados como métodos, massoterapia, liberação miofascial, inibição de trigger points e dessensibilização (GÓES, et al., 2016).

2.3 Cuidados Paliativos

A palavra Paliativa é originalmente derivada do grego “*pallium*”, que significa manto e proteção, os Cuidados Paliativos protege aqueles que para a medicina curativa não possui mais esperanças. Desde 1990, a Organização Mundial de Saúde vem enfatizando a relevância dos Cuidados Paliativos, que por sua vez tem como propósito propiciar o alívio dos sintomas da patologia além de contribuir na diminuição do sofrimento do indivíduo, especialmente na área biopsicossocial e espiritual. Além disso, os Cuidados Paliativos têm em vista os cuidados holísticos dos pacientes de todas faixas etárias portadores de sofrimentos críticos relacionados à saúde e ocasionados pela doença (PAULINO et al., 2022).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os Cuidados Paliativos são definidos como uma abordagem interdisciplinar cujo objetivo é recuperar a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos seus familiares que enfrentam juntos o transtorno causado por doenças que perturbam a continuação da vida, por meio da prevenção, alívio da algia e do sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento de todos os sintomas (FERNANDES et al., 2021).

Os Cuidados Paliativos não implicam somente as condições físicas. Essa modalidade, oferece ao paciente um sistema de apoio para que o torne capaz de viver o mais independente até o fim de sua vida, o que irá contribuir positivamente o curso da doença. Através da comunicação, a equipe multidisciplinar oferece também confiança, para que este possa enfrentar a morte como um processo normal e oferece suporte aos familiares, para que sejam encorajados a enfrentar a luta da doença por meios de aconselhamentos se necessário. Os Cuidados Paliativos podem ser aplicados na fase inicial da doença, em conjunto de terapias tais como quimioterapia e radioterapia que são designadas a prolongar a vida e inclui os estudos precisos para melhor entender e administrar as complicações clínicas angustiantes (WHO, 2014).

O tratamento Paliativo é indicado para pessoas que se encontram nas seguintes situações: enfermidade em estágio avançado e incuráveis; falta de resposta ao tratamento; múltiplos sintomas sendo eles intensos, multifatoriais e mutantes; grandes efeitos emocionais sentidos pelo paciente, familiares e a equipe de cuidadores, estando relacionados ou não com a presença eminente do risco de morte; prognóstico de vida menor há seis meses. Diante disto, torna-se indispensável a dedicação à três princípios essenciais no cuidado: compaixão, humildade e honestidade (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

É comum associar Cuidados Paliativos apenas ao câncer. Porém, o trabalho realizado é recomendado a qualquer paciente que estejam enfrentando uma doença grave que acometa a vida trazendo danos nas esferas físicas, sociais, psicológicas e espirituais, além do sofrimento devido ao tratamento e ao diagnóstico final. É incluído os cuidados à pacientes com doenças pulmonares e renais, indivíduos fator HIV positivo, insuficiência cardíaca, condições neurológicas como ELA (esclerose lateral amiotrófica), doenças valvulares graves, entre outras (RÍOS-PIEDRAHITA; ÁLVAREZ 2019).

A aplicação dos Cuidados Paliativos subdivide-se em três níveis. O primeiro consiste nas habilidades e competências básicas da equipe multidisciplinar. O segundo, refere-se aos profissionais e centros médicos que são qualificados a oferecer consultas voltadas aos Cuidados Paliativos. E o terceiro, conferido aos centros médicos que possuem orientações acadêmicas especializadas em Cuidados Paliativos onde geralmente são realizados pesquisas e treinamentos que visam atender a casos mais complexos da doença (RÍOS-PIEDRAHITA; ÁLVAREZ 2019).

A equipe que integra nos Cuidados Paliativos enfrenta inúmeras adversidades, em especial no desafio de conceder conforto e crença ao paciente. A fase inicial para o tratamento conta com a empatia e a atenção diária de todos os profissionais envolvidos no

trabalho e que consente em conhecer intimamente as esperanças, ambições, inseguranças e aflições do paciente e de seus familiares. O tratamento necessita ser apoiado nos princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos que é formado pela comunicação compreensível e zelosa, o efetivo domínio dos sintomas, desempenho interdisciplinar, alívio da angústia e apoio aos familiares no decorrer de todo o período do acompanhamento, incluindo o luto (AQUINO, 2016).

No ponto de vista da bioética, a integridade humana é um elemento primordial para a ética dos cuidados paliativos. Segundo Pessini (2004), na visão da bioética os cuidados paliativos provêm do princípio de que o doente em condições terminais ou incuráveis precisa ser cuidado como pessoa e em nenhum momento como um resíduo biológico sem solução. Os cuidadores necessitam ficar concentrados em suas obrigações acerca do paciente terminal para reduzir a dor, levando em consideração os benefícios e riscos em todas as situações e tratamentos (COSTA; DUARTE, 2019).

2.4 Fisioterapia em Cuidados Paliativos

O primeiro contato do fisioterapeuta com o paciente que necessita de Cuidados Paliativos, deve-se iniciar por meio da avaliação. Através dela, é possível identificar de forma adequada as disfunções presentes a fim de que possam ser tratadas e prevenidas acertadamente. A avaliação precisa obter informações minuciosas e detalhadas para cada área relativa à oncologia, como história da moléstia atual, amplitude de movimento, força muscular, postura, sintomas de dor, tônus muscular, sistemas sensoriais, respiratório e cardiovascular, avaliações da marcha e transferência, capacidades motoras unidas com a mobilidade e as atividades diárias do paciente (PAIÃO; DIAS 2012).

A conduta fisioterapêutica é essencial no seguimento da saúde-doença, visto que colabora para a promoção da saúde, no tratamento, reabilitação e prevenção, assim como nos cuidados paliativos, com foco na qualidade de vida do indivíduo, regra essencial inserida ao novo Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Para o seu trabalho, o fisioterapeuta faz uso de técnicas manuais, mecanoterapia e recursos termofotoeletroterápicos, e trabalhando em várias áreas da saúde, sendo elas: na área respiratória, neurologia, traumato-ortopedia e ginecologia. No que se refere a paciente em condições graves, limitados aos leitos e sujeitos à respiração artificial, o fisioterapeuta frequentemente monitora as bases da ventilação

mecânica e efetua condutas focadas na qualidade de vida do paciente (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

O fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos tem como finalidade evitar as diversas complicações causadas pelo tratamento da doença e preservar, manter e restaurar a integridade cinético-funcional do paciente. Dessa forma, o profissional necessita trabalhar de maneira interdisciplinar e integrada em todas as fases da atenção, proporcionando saúde e recobrando a funcionalidade do indivíduo. É necessário que exista uma comunicação aberta entre o fisioterapeuta e os demais profissionais participantes da equipe multidisciplinar para evitar que ocorra conflitos entre eles, pois pode prejudicar a credibilidade do grupo. Portanto, é necessário que os objetivos de tratamento sejam passados de forma clara tanto para a equipe, quanto para o paciente e seus familiares, pois dessa forma facilita a aceitação e eficácia do atendimento (SILVA et al., 2021).

Existem muitos recursos que podem ser utilizados pelo fisioterapeuta nos Cuidados Paliativos. Para isso, há disponíveis algumas técnicas terapêuticas que podem diminuir a dor e o sofrimento do indivíduo além de contribuir no seu manejo. Torna-se necessário que este profissional realize a avaliação direcionada na identificação das necessidades físicas e psicológicas, como também os aspectos do ambiente residido pelo paciente. Entretanto, antes de iniciado qualquer tratamento, o fisioterapeuta precisa verificar a vontade do enfermo caso este se encontre em posição para escolher e decidir a respeito do processo fisioterapêutico. Resulta em conflito bioético e desrespeito a autonomia procedimentos realizados sem o consentimento do paciente (SILVA; LIMA; SEIDL, 2017).

Outra medida a ser trabalhada é a prevenção de possíveis complicações, nas esferas osteomioarticular, respiratórias ou inatividade física, que ocasionem lesões visíveis ou funcionais ao paciente. Deve ser realizado a prevenção mediante as orientações domiciliares, o diagnóstico e intervenção precoce que é realizada através de condutas que beneficiam a qualidade de vida e diminuem o custo pessoal e da internação hospitalar. A medida deve ser efetuada em todas as fases da doença, sendo elas: pré-tratamento, no decorrer do tratamento, pós-tratamento, na reincidência da patologia e nos Cuidados Paliativos (FLORENTINO, et al., 2012).

A reabilitação é uma atividade que exige esforço para casos clínicos em estágio terminal. O fisioterapeuta junto com os demais da equipe de paliativos trabalha na identificando das necessidades funcionais de cada paciente e atuam para conservar toda independência obtida o máximo de tempo possível para que assim, possam diminuir a carga de cuidados para os cuidadores. O propósito da reabilitação oferecida aos indivíduos com

doenças avançadas precisa ser práticas e diretas e levar em conta a fase da enfermidade, o estado médico do doente, cognição e o prognóstico. Deve ser mantida a comunicação entre equipe, paciente e familiares com o objetivo de conscientizá-los das intervenções a serem realizadas (SANTIAGO; PAYNE, 2001).

A responsabilidade dos fisioterapeutas com pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos é considerada pesada em nível físico e mental além de ser desgastante e complicada, no entanto no transcorrer do tempo transforma-se em uma experiência enriquecedora e gratificante. A habilidade de proporcionar conforto ao paciente quando este se sente desconfortável é uma das maiores conquistas dos cuidadores. Passa-se a respeitar o ser humano e sua condição, considerando suas fragilidades, planos e sonhos (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

2.5 Recursos fisioterapêuticos

2.5.1 Terapia da dor

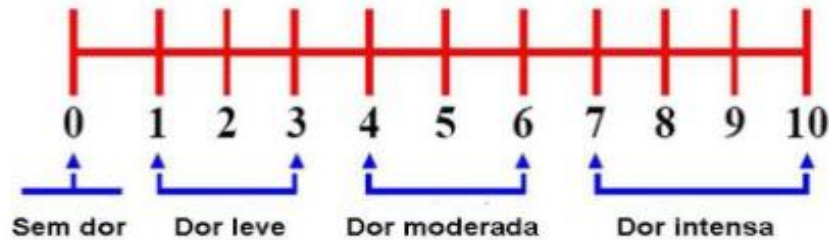
A Organização Mundial de Saúde anunciou que a dor ligada ao câncer é uma Emergência Médica Mundial e em 1986 foi publicado um guia de terapias usadas para promover o alívio da dor em 90% dos pacientes que enfrentam essa enfermidade. A dor atinge 60 a 80% dos indivíduos com câncer, 20 a 30% relatam os sintomas já no diagnóstico e 70 a 90% dos enfermos com o câncer em estágio final identificam a dor entre moderada a grave (RANGEL; TELLES 2012).

A dor em pacientes oncológicos desencadeia-se por inúmeras razões, sendo algumas delas a aspiração traqueal e o tubo traqueal, mudanças de decúbito, lesões cirúrgicas, cateter central e arterial, sonda nasogástrica entre outras. Quando a dor não é contida é possível que ocorra alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, que por sua vez aumentam as chances de acontecer instabilidades cardiovasculares, aumento do gasto energético e dificuldade para deambular o que contribui para o surgimento da trombose venosa profunda (FORTUNATO et al., 2013).

Para a avaliação é utilizada escalas de dor, que tem como objetivo identificar a intensidade dos sintomas em cada paciente. Os profissionais voltados ao Cuidados Paliativos necessitam de treinamento para ministrar as escalas e analisá-las. As escalas auxiliam no direcionamento do tratamento, tendo como finalidade proporcionar analgesia. Existem algumas escalas utilizadas, sendo a principal a Escala Visual Verbal Numérica (EVN) como

mostra a Figura 5, que avalia o nível da dor segundo o enfermo. O paciente precisa avaliar a dor sentida em uma escala de zero a dez, sendo zero ‘sem dor’, e dez “dor máxima imaginável”. Para isso, é necessário que o doente esteja consciente (OLIVEIRA; ROQUE; MAIA, 2019).

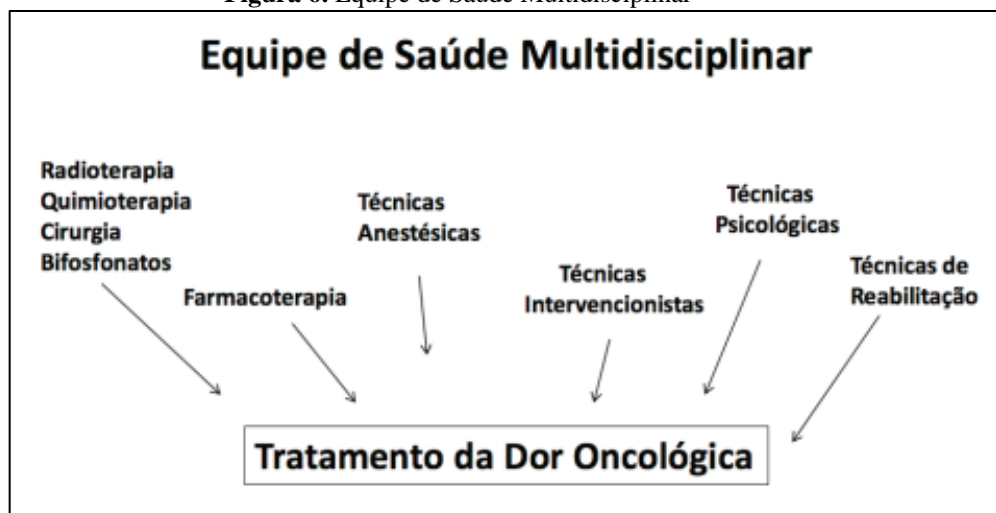
Figura 5. Escala visual/verbal numérica.



Fonte: Oliveira, Roque e Maia (2019).

Para que o tratamento e o controle da dor em pacientes com câncer sejam eficientes é fundamental a participação de uma equipe multidisciplinar de Saúde, como mostra a Figura 6, composta por médicos oncológicos, clínicos da dor, cirurgiões, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e enfermeiros especializados em cuidados paliativos. Através das avaliações é possível escolher o tratamento que será mais eficaz para cada indivíduo, visando no alívio dos sintomas e dos efeitos adversos que a doença ocasiona (RANGEL; TELLES 2012).

Figura 6. Equipe de Saúde Multidisciplinar



Fonte: Rangel, Telles (2012).

A dor é um dos sintomas mais desesperadores sentidos por pacientes oncológicos e é causada inicialmente devido à deterioração de suas qualidades de vida. O uso de técnicas manuais, meios ortóticos e físicos diminuem a consciência de dor. Podem ser citadas como

meios terapêuticos a cinesioterapia, eletrotermoterapia e as órteses. A terapia manual complementa no alívio da dor, reduzindo a tensão muscular e recuperando circulação tecidual e diminuindo quadros de ansiedade do paciente (FLORENTINO, et al., 2012).

2.5.2 Terapia para alívio dos sintomas psicofísicos

Ao receber o diagnóstico de câncer o paciente enfrenta um misto de sentimentos. Assim, o diagnóstico da doença afeta além do fisiológico o psicológico do indivíduo gerando sensações de medo, angústia, ansiedade e raiva. O câncer é atualmente uma das doenças que mais causam dor, sofrimento e degeneração em níveis sociais, culturais e espirituais, pois desde o diagnóstico o sujeito necessita aceitar não somente a realidade de que a morte é uma possibilidade como também as consequências que o tratamento pode ocasionar (COSTA, et al. 2016).

Normalmente, o cotidiano de um doente que está em tratamento antineoplástico tende a ser doloroso. A necessidade de se adaptar ao ambiente hospitalar é uma tarefa bastante difícil e que envolve algumas complicações como: a perturbação no sistema psicossocial e o aumento de receios em relação a morte. O tratamento modifica totalmente a vida do paciente, seus planos e sonhos de futuro são interrompidos e o indivíduo é tirado da sua antiga rotina e do convívio com seus entes queridos e colocado no mundo do hospital, dos remédios e suas implicações, dos tratamentos e procedimentos invasivos o que leva ao enfermo a desenvolver um alto nível de estresse (RODRIGUES et al. 2016).

O estresse é um dos efeitos psicossociais mais enfrentados pelos pacientes oncológicos na luta contra o câncer. Isso porque está relacionado a ativação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Em adultos diagnosticados com estresse crônico o estresse gera um grande impacto, gerando um bloqueio no paciente para se adequar em sua nova realidade e lidar com os tratamentos que será exposto. Essa situação estressora pode prejudicar o desempenho imunológico diminuindo na capacidade do enfermo de combater à doença e ampliando, assim, as chances do aparecimento de metástase (DE OLIVEIRA; DE MORAES; DE MOURA, 2016).

O estresse pode ser dividido em três fases: alerta, resistência e exaustão. A primeira fase é descrita como a fase positiva do estresse, isto é, o sujeito se fortalece através da liberação da adrenalina, mantendo seu instinto de sobrevivência intacto, gerando uma sensação de plenitude. Na resistência, o paciente começa inconscientemente lidar com o

estresse de maneira a tentar conservar sua homeostase interna. A última fase é causada devido ao acúmulo de fatores estressantes, o que gera uma quebra na resistência do enfermo, causando a exaustão. Na exaustão, outras enfermidades podem surgir onde o sistema do organismo está mais desprotegido, como depressão, psoríase, enfarto e úlceras pépticas (RODRIGUES et al. 2016).

Pacientes em estágio terminais frequentemente sofrem com o estresse, principalmente quando não há mais tratamento. Os principais problemas físicos causados pelo estresse são: astenia, tensões musculares, câibras, tremores, nódulos dolorosos nos músculos, enxaqueca, sudorese, entre outros. Já na ordem psicológica e psiquiátrica são incluídos problemas socioáticos como ansiedade, fraqueza, medos, irritabilidade, nervosismo, ruminação de pensamentos negativos, atitudes compulsivas e obsessivas, angústia, depressão, falta de sono, apatia e perda de interesse sexual. São usadas para obtenção do relaxamento técnicas de terapia manual que contribuem na diminuição da ação do sistema nervoso autônomo simpático, reduz as tensões musculares e diminui a ansiedade (PAIÃO; DIAS 2012).

Dentre os recursos manuais mais utilizados, está a massoterapia, que atualmente é considerada uma das terapias mais eficaz para o tratamento de estresse. As técnicas de massagem mais utilizadas são: massagem de drenagem linfática, deslizamento profundo ou superficial, procedimento de compressão, agitação e vibração, percussão, e trabalho corporal. Para a eficácia da massoterapia é necessário analisar os sintomas para realizar a técnica adequada. Dentre os benefícios da massagem pode ser citado: alívio da dor, relaxamento muscular, espasticidade, circulação local e estimulação tátil (SOUSA et al. 2020).

2.5.3 Terapia de complicações osteomioarticulares

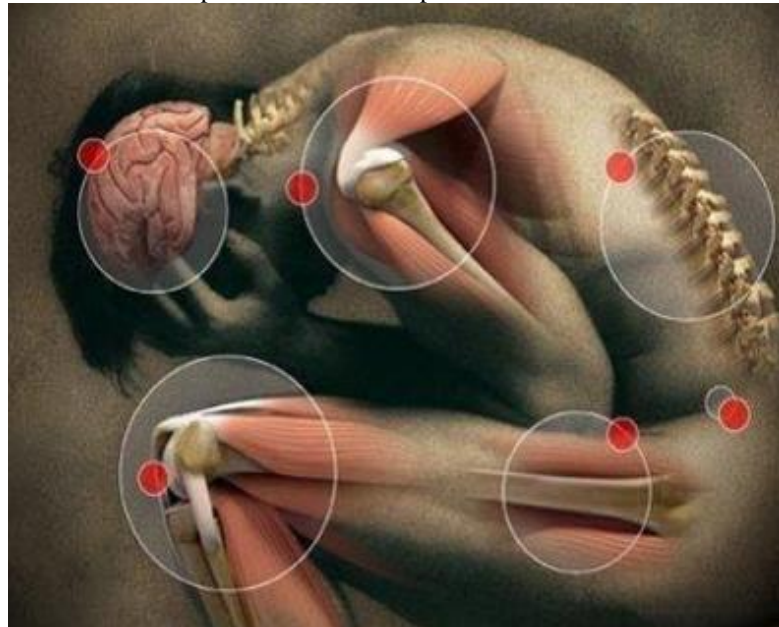
A Síndrome do Desuso ou Síndrome da Imobilidade são consideradas um conjunto de alterações sistêmicas que o enfermo passa devido ao longo período no leito hospitalar. Independente das razões que causaram essa situação, esses sintomas comprometem o desempenho correto do corpo humano e se não tiver o tratamento necessário pode prejudicar a interação do paciente na sociedade e causar problemas psicológicos. A identificação dessas patologias é realizada através de dois princípios: No primeiro observa-se o déficit cognitivo de médio a grave, e o segundo observa a presença de alterações tegumentares podendo citar o ressecamento da pele, incontinência e dificuldade na fala (LEITE et al, 2020).

A internação hospitalar é um dos principais fatores de risco que causam a redução funcional, acarretando a perda da independência e da autonomia do indivíduo. Geralmente, a

internação hospitalar é capaz de aumentar um comprometimento que já existe, em consequência da má nutrição, da falta de sono, do repouso persistente e o uso de medicamentos diários. A diminuição da mobilidade ocasiona um aumento de morbidade devido à ausência dos movimentos, o que gera a redução de 5 a 6% da força e da massa muscular do acamado por dia. A restrição no leito por um longo tempo está associada a complicações que causam deterioração da eficácia funcional, como úlceras por pressão, encurtamento muscular, atelectasia, entre outras (ABRENCHES; CAVALETTI, 2020).

A Síndrome do Desuso ou Síndrome da Imobilidade frequentemente implica o sistema osteomuscular provocando limitações funcionais, dificultando as transferências, mobilidade no leito e cadeiras de rodas, além de comprometer as atividades de vida diárias. No momento que a capacidade funcional reduz gravemente, manifesta-se novos sintomas e sinais que podem ser vistos no aparelho locomotor, no sistema cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrointestinal e no sistema nervoso central como ilustra a Figura 7. Dessa forma, 7 a 10 dias acamado é considerado como repouso, 12 a 15 dias imobilização e 15 dias para mais decúbito de longa duração (CINTRA et al, 2014).

Figura 7. Áreas do corpo humano afetadas pela Síndrome do Imobilismo.



Fonte: Da Silva (2010).

É extremamente comum que pacientes paliativos sofram com a Síndrome do Desuso ou Síndrome da Imobilidade. São originadas devido à falta de atividade física e excesso de descanso. Essas síndromes são compostas pelo descondicionamento cardiovascular, fraqueza

muscular, respiração superficial e alterações na postura. A imobilização do sistema musculoesquelético ocasiona alterações nos músculos, fibras de colágeno, junção miotendinea e ligamentos e tecidos. Os principais músculos afetados são sóleo, eretores da coluna e da cabeça, seguidos pelo gastrocnêmicos e o reto femoral. O desuso pode ser agravado pelos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, metástases ósseas também pioram o quadro, gerando osteopenia e osteoporose. São usados como terapia exercícios com pesos leves e moderados, caminhadas, mobilização e alongamentos (MARCUCCI, 2005).

Realizar exercícios e mobilização em pacientes acamados é considerado um dos mecanismos de reabilitação mais úteis na UTI. Os exercícios contribuem no transporte de oxigênio, melhora a mobilidade articular e a força muscular, aumenta a capacidade pulmonar e o desempenho do sistema respiratório. Além disso, combater a imobilidade é fundamental para facilitar o desmame de ventilação mecânica, reduz a permanência na UTI, e consequentemente promove a alta hospitalar, além da melhora na qualidade de vida (ARANTES; PIRES; SILVA, 2023).

2.5.4 Terapia em complicações linfáticas

Define-se o linfedema como o acúmulo irregular de proteínas no interstício, inflamação crônicas e edema em uma extremidade. O linfedema é causado devido ao excesso funcional do sistema linfático, no qual a quantidade de linfa alcança seu transporte pelos capilares coletores. A continuidade das proteínas no espaço intersticial ocasiona no desenvolvimento de fibroses no local, impedindo a circulação linfática e favorecendo para o agravamento da doença. Além do mais, a eliminação dos linfonodos axilares na cirurgia pode danificar a eficácia de transporte do sistema linfático (REZENDE; ROCHA; GOMES 2010).

As complicações linfáticas estão entre as mais temidas pelos pacientes que necessitam realizar a linfadenectomia axilar no tratamento de câncer de mama. O linfedema surge através do acúmulo de água, proteínas e volume celular no espaço extracelular em decorrência a escassez do sistema linfático no transporte da linfa perante um bloqueio no seu fluxo. São várias as causas de risco para desenvolver o linfedema incluindo obesidade, radioterapia em cadeias de drenagem, infecção, cirurgia axilar extensa, seroma, infusão de quimioterapia no local homolateral ao câncer de mama e edema subclínico (MARCHITO et al., 2019).

A Sociedade Internacional de Linfologia classifica o linfedema em três estágios. No primeiro, o paciente tem grandes chances de desenvolver o linfedema, contudo os edemas não

são evidentes. No segundo estágio é representado pela acumulação de fluidos precoce com substâncias proteicas moderadamente alta, podendo diminuir com a elevação do membro. No terceiro e último estágio, apenas a elevação do membro não é suficiente para reduzir o edema e as modificações teciduais podem aumentar o risco de fibrose, lesões cutâneas e infecções. O linfedema é uma situação crônica e está ligada ao envolvimento da função e qualidade de vida dos indivíduos, sendo necessário o cuidado constante com uma equipe especializada (FABRO et al., 2016)

O diagnóstico do linfedema é principalmente clínico, no entanto, é necessário que um médico oncológico solicite os exames para confirmar o diagnóstico, identificar o grau da patologia no sistema linfático e assim poder eliminar outras razões que desencadeiam o edema. A falta de tratamento adequado pode prejudicar a qualidade de vida do paciente, além de causar deformações físicas, sociais e emocionais (BARBOSA et al., 2022).

O Linfedema é formado por consequência da obstrução inicial do sistema linfático e sua congestão. É caracterizado pelo extravasamento de líquido rico em proteínas localizado no espaço intersticial, decorre devido a drenagem linfática deficiente (CINTRA, et al., 2014). Pode-se adquirir a prevenção através de cuidados iniciados logo após o diagnóstico. Os procedimentos terapêuticos recomendados são as técnicas de TFC Tratamento Físico Complexo ou Linfoterapia, e podem ser trabalhados em conjunto de outras técnicas, podendo variar de acordo com a fase em que o linfedema se encontra, podem ser citadas as técnicas de cuidados da pele afim de evitar traumas e ferimentos, drenagem linfática manual, contenção de enfaixamento, uso de luvas e cinesioterapia (BERGMANN, 2006).

2.5.5 Terapia na fadiga

A fadiga entre os sintomas cardiovasculares, é uma das manifestações clínicas mais comum em pacientes oncológicos e sua causa e mecanismos ainda é um enigma para a equipe médica. A fadiga relacionada ao câncer tem como característica o cansaço em excesso que não é amenizado com o repouso e é vista como a causa da perda do bem-estar pessoal e qualidade de vida. Os sintomas da fadiga são diferentes para cada paciente em tempo e intensidade, diminui em alguns graus a capacidade do enfermo em praticar atividades de vida diária e reduz a capacidade funcional. A fadiga afeta cerca de 80 a 99% dos pacientes com câncer que estão em tratamento com uso de quimioterapia e radioterapia e pode continuar presente por meses ou anos (BORGES et al., 2017).

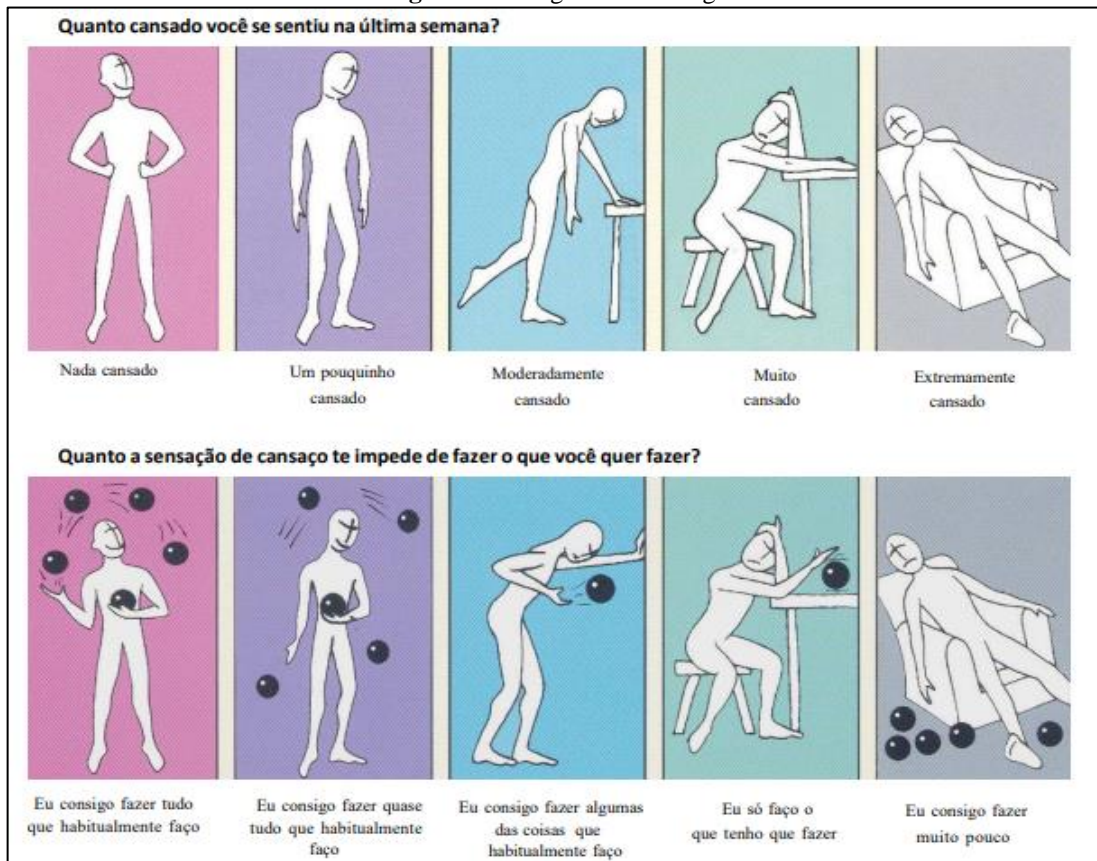
Existem duas fases da fadiga, podendo ser aguda ou crônica. Na fase aguda, os pacientes apresentam cansaço acima do normal além de estresse mental e físico que apresenta melhoria ao repousar. Já na fase crônica, a fadiga não melhora no repouso e o doente apresenta perda da funcionalidade. Não há um tempo para se definir a fadiga como crônica, geralmente varia entre 1 até 6 meses, pacientes oncológicos apresentam fadiga crônica. O prevaecimento da fadiga é variado. Pacientes recém diagnosticados ou no início do tratamento já relatam a presença da fadiga e esse sintoma é ainda maior em pacientes que já estão em cuidados paliativos, causando grande desconforto e piora na qualidade de vida (MOTA; PIMENTA, 2002).

Nos pacientes oncológicos, a fadiga é desencadeada por diversas razões, podendo ser citadas: anemia, efeitos negativos da radioterapia e quimioterapia, a alimentação incorreta relacionada a vômitos e náuseas causados pela terapia antineoplástica, o estado hiper metabólico ligado ao crescimento do tumor, sono irregular e o crescente medo em relação ao futuro e a morte. A ação do tratamento e os efeitos tóxicos da quimioterapia variam do tempo em que o paciente é exposto, da acumulação de plasmó e das drogas usadas. Os efeitos colaterais mais comuns são: alopecia, mielodepressão e alterações gastrintestinais (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2014).

Os profissionais da área da saúde precisam reconhecer os sintomas da fadiga como sendo persistente e excessivamente debilitante nos episódios de doenças crônicas em estágio terminal, para assim, prevenir-se e prestar amparo ao enfermo para conseguir lidar com ela. Na avaliação da fadiga, é necessário utilizar um método organizado, detectar os fatores envolvidos na sua gênese e manifestação, e planejar o tratamento adequado fazendo uso de medicamentos, psicoterapia e espiritualidade. São utilizados alguns recursos para avaliar a fadiga onde há a predominância do parecer multidimensional, no qual é avaliado o estado físico, emocional e cognitivo, e amplia a magnitude, relacionada à investigação dos profissionais (GORINI, et al 2010).

Existem atualmente inúmeros instrumentos para avaliar o nível de fadiga. No Brasil, apenas três são voltados para pacientes oncológicos: a Escala de Fadiga de Piper Revisada, o Pictograma de Fadiga e a escala FACT *Functional Assessment of Cancer Therapy fatigue v.4*. Apesar do Pictograma de Fadiga ser um instrumento que contém apenas 2 itens, como mostra a Figura 8, ele é o mais utilizado por ser um método fácil e prático para avaliar com clareza a intensidade e o impacto da fadiga (SILVA et al. 2017).

Figura 8. Pictograma de Fadiga



Fonte: Mota, Pimenta e Fitch (2009).

A fadiga é descrita por pacientes oncológicos como um dos sintomas mais estressantes e importantes associado a doença e o tratamento. A fadiga afeta excessivamente na qualidade de vida e reduz na satisfação pessoal. É um sintoma pouco investigado e muitas das vezes não recebe um tratamento adequado. Seu diagnóstico pode ser realizado através da junção da história clínica, exames físicos e laboratoriais, informações obtidas com pessoas que convivam com o enfermo e o uso de medidas padronizadas para acessar a fadiga. As medidas de terapia contam com tratamento não farmacológico, terapia cognitivo-comportamental, exercícios, relaxamento e psicoeducação para a fadiga (CAMPOS, 2011).

As terapias mais utilizadas para o tratamento de fadiga são: dietas especiais, massagens terapêuticas e relaxantes, reflexologia e jejum. A acupuntura e homeopatia são os recursos terapêuticos mais indicados pelos profissionais da saúde. Além disso, os pacientes oncológicos podem realizar terapias complementares como o uso de vitaminas, sessões de psicoterapia, atividades de lazer e exercícios físicos. Os exercícios aeróbicos são primordiais para a redução dos sintomas, pois, contribuem na melhora do apetite, aumentam a força muscular, a autoestima e a qualidade de vida diária (MOTA; PIMENTA, 2002).

2.5.6 Terapia para as disfunções pulmonares

Os pacientes oncológicos que são submetidos a cirurgias, podem desenvolver algumas complicações físicas, dentre elas, as disfunções respiratórias. As disfunções respiratórias são causadas devido a aderência da parede torácica, que por sua vez, podem aumentar os riscos de complicações pulmonares no pós-operatório, diminuição da capacidade muscular respiratória, alterações posturais, além de diminuir a qualidade de vida e limitar as atividades diárias (MONTEIRO ABREU et al., 2014).

As disfunções pulmonares, geralmente, são a razão mais frequente de morbimortalidade pós-operatória, principalmente nos casos pneumopatas. Os pacientes que são expostos a anestesia cirúrgica têm grandes chances de desenvolver alterações respiratórias secundárias às alterações fisiológicas. No pós-operatório, a atelectasia é a complicação respiratória mais comum e pode ser extensa ou, em alguns casos, imperceptível na ausculta pulmonar ou radiografia do tórax. Ocorre a redução do volume corrente, da pressão arterial de oxigênio, redução da capacidade residual funcional e da capacidade vital (SOARES NETTO, 2004).

No paciente oncológico, a função pulmonar é essencial e a respiração necessita ser efetiva, livre e tranquila. Com a frequência respiratória afetada, o enfermo fica propenso a ter quadros de fadiga e instalação de doenças pulmonares. É comum a utilização de procedimentos que visam a expansão pulmonar, fortalecimento muscular e, em algumas situações, a desobstrução brônquica para que ocorra a manutenção de oxigênio tecidual adequadamente. A dispneia é a disfunção pulmonar mais manifestada em pacientes com câncer tendo como principal sintomas a falta de ar, e geralmente, pode melhorar através de exercícios ativos que tem como objetivo a melhora das trocas gasosas e o aumento da capacidade vital pulmonar (BASTION; MATOS; ARRUDA, 2008).

A quimioterapia é essencial para aumentar as chances de sobrevivência e o controle da doença, porém, os agentes citostáticos possuem um baixo índice terapêutico e podem ocasionar efeitos indesejáveis por agirem com particularidade referente as células tumorais. Seus resultados farmacológicos podem provocar diferentes eventos, que são divididos em não hematológicos, resultando em toxicidades cardíacas, alterações neurológicas, disfunção pulmonar, alterações metabólicas, entre outras (VIONE et al., 2008).

Normalmente, a toxicidade pulmonar não é frequente, no entanto, pode acontecer devido ao uso de bleomicina, uma droga quimioterapêutica responsável por aumentar a

toxicidade pulmonar. Além disso, pode acarretar fibrose pulmonar, dispneia, astenia súbita ou progressiva, tosse, febre, edema pulmonar e complicações secundárias como derrame pleural, atelectasias e infecções. A toxicidade pulmonar ocorre de forma aguda, no tempo de 6 meses, ou subaguda mais de 6 meses. Para a identificação de disfunções respiratórias, é essencial que os pacientes com câncer sujeitos a quimioterapia realizem a avaliação da capacidade pulmonar no começo do tratamento, por meio da espirometria (VIONE et al., 2016).

No fim da vida, muitos pacientes com neoplasias apresentam dor torácica, tosse, diminuição do volume e da capacidade pulmonar, fraqueza e imobilização do sistema musculoesquelético. Esses sintomas contribuem no desenvolvimento de alterações das trocas gasosas, levando a hipoxemia e conseqüentemente gerando dificuldades da respiração profunda que ao atacar os pulmões possibilita o surgimento de complicações pulmonares: atelectasias, derrames pleurais e pneumonias. O tratamento fisioterapêutico atua na prevenção e faz uso de técnicas para melhorar a mecânica respiratória, a higiene brônquica e aumentar a reexpansão pulmonar. Exercícios de respiração profunda e respiração com pressão positiva intermitente, espirometria de incentivo e incentivador respiratório, são umas das técnicas utilizadas para tratar as disfunções pulmonares (MARQUES; D'ALESSANDRO, 2016).

2.5.7 Terapia em pacientes neurológicos

Os cuidados paliativos são indicados para inúmeros casos. Geralmente, são voltados a pacientes com doenças que não possuem chances de cura com o prognóstico de vida menor que 6 meses. Entretanto, algumas doenças neurológicas não respondem a tratamento e nessas situações, os indivíduos recebem os cuidados paliativos no intuito de melhorar a qualidade de vida e a dignidade. Independente de que haver um risco de morte presente, é necessário levar em consideração a implicação que a doença causa no âmbito familiar, hospitalar e principalmente no emocional desse paciente (SCAVASINE, 2016).

Estudos afirmam que a maioria dos pacientes neurológicos podem fazer uso dos cuidados paliativos. Os cuidados são definidos de acordo com o avanço da doença e tem como objetivo ajudar a identificar as necessidades que cada enfermo necessita. São divididas em quatro categorias: pacientes com rápido declínio, paciente com prolongado declínio, paciente com declínio episódico e paciente em declínio agudo. No último caso, quando o paciente se encontra em declínio agudo, a necessidade de cuidados paliativos torna-se ainda mais necessário para o alívio dos sintomas (SANDY et al., 2021).

O cuidado de pacientes em estágio terminal, com doenças graves e incuráveis já é considerado um grande desafio para a equipe multidisciplinar que faz parte dos Cuidados Paliativos. No entanto, os pacientes que além de apresentar doenças graves e incuráveis, são dependentes e apresentam progressão imprevisível e vagarosa é ainda mais desafiador para qualquer profissional da área da saúde. Pacientes neurológicos que adquiriram a doença no início ou na fase mais tardia da vida possuem sintomas emocionais, físicos, sociais, familiares e espirituais dificilmente identificados pela família e pela equipe médica (ARANTES, 2017)

Assim como os pacientes oncológicos, os pacientes com doenças neurológicas fatais necessitam de todo cuidado necessário no percorrer da doença. Especialmente pacientes diagnosticados com a Doença do Neurônio Motor, onde os Cuidados Paliativos já são indicados no início do tratamento. Apesar da equipe multidisciplinar ser a mesma, pacientes neurológicos requerem um cuidado ainda mais específico que os oncológicos, pois, apresentam grande desconforto devido a suas condições neurológicas que variam no tempo e na intensidade e podem demorar ser identificadas em razão ao comprometimento cognitivo que muitos apresentam (ARANTES, 2017).

O principal objetivo do tratamento para indivíduos portadores de doenças neurológicas não são o controle dos sintomas, mas sim, a avaliação prognóstica que demanda atenção e complexidade. No entanto, os prognósticos utilizados dispõem de grande limitação e possuem baixa eficácia na cura. Dessa forma, pacientes em fase terminal tendem a sofrer de uma precária qualidade de vida e enfrentam muitos outros desafios no decorrer da doença, como perda da fala, perda cognitiva e motora, o que torna necessário a supervisão constante pois dificulta a comunicação com a equipe e a família (SOUSA et al., 2023).

Um dos métodos utilizados para a identificação do declínio do paciente neurológico é o nível de consciência. Para realizar a avaliação é necessário ter conhecimento e preparo específico para que seja analisado com precisão, habilidade e segurança. O parâmetro mais utilizado para avaliar é a Escala de Coma de Glasgow (ECG) mostrada na Quadro 1, que determina o grau de consciência com base na observação comportamental, fundamentando em um valor numérico. A escala avalia as respostas motoras, verbais e oculares do paciente num sistema de pontuação, sendo o mínimo 3 e o máximo 15. Portanto, quanto mais pontos o paciente obter, maior é o nível de consciência e menor o nível de gravidade da doença (ARRUDA, 2019).

Quadro 1. Escala de Coma de Glasgow

Variável	Resposta	Pontuação
Melhor resposta ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Nenhuma	1
Reatividade Pupilar		
Inexistente	Unilateral	Bilateral
-2	-1	0

Fonte: Sousa-Couto, Silva e Cardoso (2021).

O surgimento de tumores tem origem na medula espinhal ou no encéfalo e seus sintomas são correspondentes a sua localização e o seu tamanho. As disfunções incluem alterações na consciência e no comportamento, déficit motor segmentar ou global, movimentos involuntários, distonias, paresias, plegias etc. A compressão medular afeta de 5% a 10% dos pacientes com câncer e causam paresias, parestesias dor e disfunções vesicais. Os recursos fisioterapêuticos incluem em mudanças de decúbito, modulação tônica, mobilização passiva e exercícios passivos, fortalecimento muscular, estimulação elétrica funcional FES. A reabilitação cognitiva utiliza procedimentos e técnicas com o intuito de promover a independência segura e produtiva do indivíduo com déficit em suas atividades de vida diária (PAIÃO; DIAS 2012).

A estimulação elétrica funcional é na fisioterapia uma das técnicas mais utilizadas no tratamento de doenças neurológicas. Tem como benéficos o retardamento de atrofia, reeducação muscular, redução de edemas e contraturas e a inibição temporária de espasticidade. A utilização de correntes elétricas contribui no controle sensorio motor, restabelecendo as respostas proprioceptivas e evitando movimentos musculares involuntários. Os efeitos do FES podem ser imediatos e tardios. De forma imediata, o resultam no relaxamento da musculatura espástica, inibição recíproca e a estimulação sensorial das vias

aferentes, já nos efeitos tardios, vão agir na neuroplasticidade podendo modificar as propriedades viscoelásticas musculares (SCHUSTER; SANT; DALBOSCO, 2007).

2.5.8 Terapia para úlceras de pressão

São definidas como úlceras por pressão todas as lesões decorrentes a longa pressão sobre tecidos moles ou superficial da pele, que gera deterioração no tecido subjacente, sendo mais frequente nas proeminências ósseas. A gravidade das úlceras está relacionada a duração da pressão, a intensidade e a tolerância dos tecidos. Embora os cuidados tenham avançado nos últimos anos, as úlceras por pressão permanecem sendo uma das principais razões de morbidade e mortalidade, causando piora na qualidade de vida do paciente, problemas sociais e econômicos (ASCARI et al., 2014).

Indivíduos dependentes de cuidados intensivos possuem grandes chances de desenvolver úlceras por pressão. O alto risco acontece em razão das limitações psicobiológicas e ambientais, como: restrição de movimentos por um longo período, instabilidade hemodinâmica e uso de drogas analgésicas e sedativas, que diminuem a percepção sensorial e afetam a mobilidade (GOMES et al., 2011).

Pacientes internados na terapia intensiva, idosos com fratura femoral, indivíduos com lesão medular, principalmente paraplégicos, tetraplégicos ou hemiplégicos são os mais propícios a desenvolverem úlceras de pressão. As razões para o desenvolvimento das úlceras por pressão se dividem em extrínsecas e intrínsecas. As razões extrínsecas são aquelas que operam nos tecidos e não dependem do paciente, sendo incluídas a pressão local, fricção local, cisalhamento, umidade e medicamentos sedativos. Já as razões intrínsecas estão totalmente relacionadas ao estado físico do paciente, podendo citar a imobilidade, alterações na perfusão sanguínea da pele, presença de incontinência urinária ou fecal e doenças neurológicas (LUZ et al., 2010).

A avaliação de risco é essencial na prevenção de úlceras por pressão, uma vez que facilita para a equipe médica reunir as informações para identificar quais pacientes possuem maior vulnerabilidade e assim, preparar os cuidados específicos. Para a eficácia da avaliação é utilizado instrumentos medidores, sendo a Escala de Braden o instrumento principal, como mostra no quadro 2 (MENEGON et al., 2012).

Quadro 2. Escala de Braden

Escala de Braden				
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos
Percepção sensorial: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	Completamente limitado não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivou ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	Muito limitado: responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade	Constantemente úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado	Muito úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão	Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina
Atividade física: Grau de atividade física	Acamado: mantém-se sempre no leito	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda	Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda	Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança freqüentes ou significantes sem ajuda	Levemente limitado: faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	Nenhuma limitação: faz mudanças grandes e freqüentes na posição sem assistência
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 da comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias	Provavelmente inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda	Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais	Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega freqüentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante	Potencial para problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo	Nenhum problema aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira	
Total de pontos				

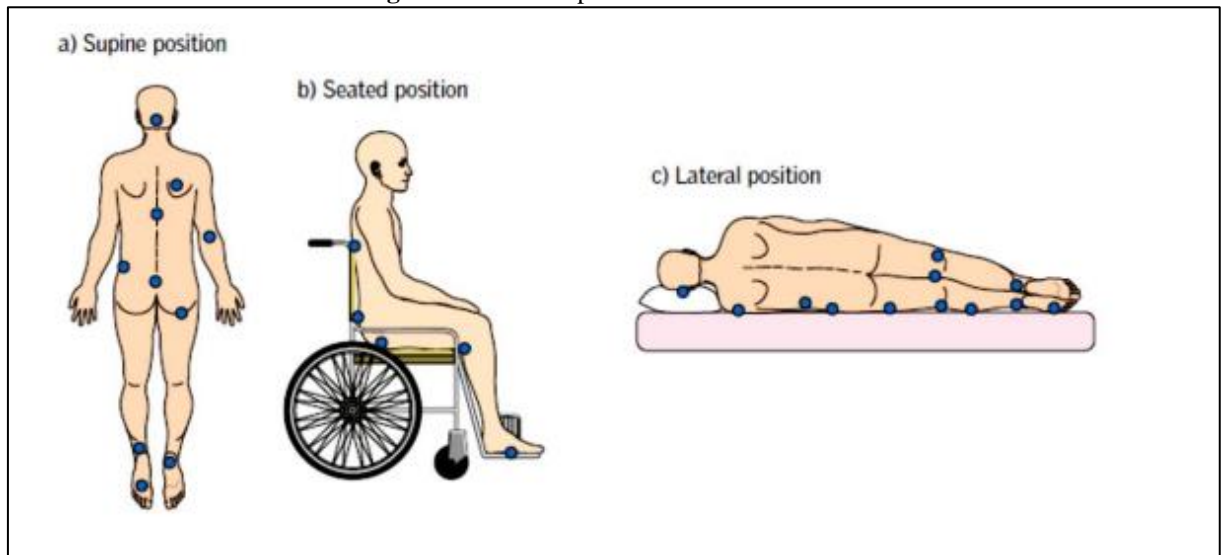
Fonte: Silva et al (2010).

Na prática diária, grande parte dos profissionais da saúde apontam a desnutrição como a principal causa para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Isso porque, a úlcera é um expoente da fragilidade interna e observa-se que os pacientes que apresentam úlceras por pressão não possuem uma nutrição correta. Pode ser citado como fatores nutricionais causadores de úlceras o baixo índice de massa corporal, inadequação da ingestão dietética,

perda de peso, ingestão habitual de proteína, baixos níveis séricos de albumina e baixos valores de pregas cutâneas (CAMPOS et al. 2010).

As úlceras de pressão são consideradas uma complicação comum em pacientes acamados. Causa lesões visíveis na pele e nos tecidos subjacentes e é causada pela imobilidade no leito. As áreas principais para surgimento de úlceras são nas protuberâncias ósseas, também chamadas de zonas de pressão como mostra a Figura 09, dentre essas zonas está a região sacral, epicôndilos dos joelhos e cotovelos, trocântérica, maleolar e nos calcanhares. Os casos mais frequentes ocorrem em pacientes de UTI, ortopédicos e neurológicos. As úlceras podem causar odor e desfiguração na pele e muitas vezes podem ser fonte de dor. É recomendado no tratamento o uso de: laserterapia, luz ultravioleta e ultrassom (MARCUCCI, 2005).

Figura 9. Zonas de pressão.



Fonte: Alves et al (2014).

Para o tratamento de lesões teciduais, o recurso mais utilizado pelo fisioterapeuta é a laserterapia. A laserterapia tem como efeitos o aumento da produção de adenosina trifosfato (ATP) e da síntese proteica, estimulando a microcirculação aumentando a entrega de nutrientes e favorecendo a reprodução de novas células e vasos. A irradiação ultravioleta também é bastante utilizada no tratamento de úlceras por pressão, pois, contribuem na melhora de absorção dos fótons pelos cromóforos na pele. Outro recurso promissor é o ultrassom, uma vez que possui a capacidade de atingir tecidos profundos e agir no estágio inflamatório da cicatrização, proporcionando o desbloqueio dos mediadores químicos responsáveis por produzir mudanças na resistência, quantidade e integridade do tecido cicatricial (DOS ANJOS et al. 2021).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O respectivo trabalho teve como objetivo colaborar significativamente com os conhecimentos da atuação da fisioterapêutica no que diz respeito à aplicação de recursos e técnicas nos cuidados paliativos.

Percebendo-se que a Fisioterapia nos cuidados paliativos é de grande relevância, não somente no alívio dos sintomas dos pacientes, como também suprindo suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Ademais, o fisioterapeuta é essencial na prevenção de complicações adversas resultadas pelo tratamento quimioterapêutico, evitando que ocorra disfunções osteomioarticulares e respiratórias em todas as fases da doença.

As principais técnicas utilizadas são, alongamentos, terapia manual, mobilização articular, exercícios para fortalecer a musculatura, exercícios para melhorar a respiração, técnicas de higiene brônquica, e quando preciso, oferecem suporte de oxigênio e ventilação mecânica. Portanto, o intuito desse trabalho é destacar a importância da fisioterapia nos cuidados paliativos e descrever os recursos terapêuticos utilizados.

Logo, o trabalho do fisioterapeuta é indispensável nos pacientes oncológicos sendo utilizados inclusive em pacientes de UTI. Durante este trabalho pode-se compreender a importância do processo fisioterápico para o bom desenvolvimento dos pacientes considerando que a alta taxa de mortalidade por câncer torna necessário um tratamento apropriado aos portadores dessa doença.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. de A. F.; CAVALLETI, A. C. L. Immobility syndrome in the elderly hospitalized. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. e1889129848, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9848>. Acesso: 14 de junho 2023.
- ALVES, P. et al. Úlceras de pressão. 2014. Disponível em: Úlceras de pressão.PDF (ucp.pt). Acesso: 22 de abril 2023.
- ANDRADE, B. A.; SERA, C. T. N.; YASUKAWA, S. A. Manual de cuidados paliativos
- ANCP 2ª ed. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, p. 353-63, 2012.
- AQUINO DA SILVA, S. M. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 62, n. 3, p. 253–257, 2016. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/338>. Acesso: 08 de setembro 2022.
- ARANTES, A. C. L. Q. Indicações de cuidados paliativos. **Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, p. 56-74, 2012. Disponível em: Manual de cuidados paliativos_ANCP.indd (cofen.gov.br) Acesso: 02 de junho 2023.
- ARANTES, A. P. F.; PIRES, F. M.; SILVA, R. C. D. da. A IMPORTÂNCIA DA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 372–379, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8226>. Acesso em: 10 de junho 2023.
- ARAÚJO, L. H. L. et al., Linfoma Não-Hodgkin de Alto Grau **Revista Brasileira de Cancerologia** 54(2): 175-183, 2008. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1747/1037>. Acesso: 27 de agosto de 2022.
- ARRUDA, P. L. et al.; Clinical evolution and survival of neurocritical patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dp9NjXCbKQBMnjtRZBqx3GP/abstract/?lang=en>. Acesso: 04 de junho 2023.
- ASCARI, R. A. et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 6, n. 1, p. 11-16, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf. Acesso: 16 de abril 2023.
- BARBOSA S. S. et al., Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 66(3): e-121122, 2020. Disponível

em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1122/691>. Acesso: 19 de agosto de 2022.

BARBOSA, A. S. de C. et al., Linfedema secundário de membros inferiores: um relato de caso. **Concilium**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 576–590, 2022. Disponível em: <http://www.clium.org/index.php/edicoes/article/view/492>. Acesso: 04 junho 2023.

BATISTON, A. P.; MATOS L. G. H.; ARRUDA, M. F. G. Disfunções físico-funcionais em pacientes oncológicos: a importância do cuidado paliativo. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 4, p. 231-236, 2008. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1711> Acesso: 22 de abril 2023.

BELIZÁRIO, J. E. O próximo desafio, reverter o câncer. **Ciência Hoje**, v. 31, n. 184, p. 51-57, 2002.

BERGMANN, A. et al., Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 52, n. 1, p. 97–109, 2006. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1906> Acesso: 07 de outubro 2022.

BORGES, J. A. et al., Fadiga: um sintoma complexo e seu impacto no câncer e na insuficiência cardíaca. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 31, 433-442, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/TW8pBFjsffj9tyM6K6rkQLm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 12 de junho 2023.

BURGOS, D. B. L. Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**. 21(2), 117-22, 2017. Disponível: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/4021> Acesso: 13 de agosto de 2022.

CAMPOS, M. P. O. et al., Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão **Rev Assoc Med Bras**; 57(2):211-219, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/R5QPCZww4558qZQB7zsJrrh/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 12 de outubro de 2022.

CAMPOS, S. F. et al.; Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 703-714, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/vRqnVBZ6MFWp95yM7X3k7wJ/?lang=pt&format=html>. Acesso: 25 de abril 2023.

CAMPOS, V. F; SILVA, J. M; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família **Rev. Bioét.** vol.27 no.4 Brasília out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/v9HwSfW8gLGNZHWqfmtcZKf/format=pdf&lang=pt>. Acesso: 15 de agosto de 2022.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2. ed. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, p. 590-590, 2012.

CINTRA, M. M. M. et al., Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo. **Colloquium Vitae**. ISSN: 1984-6436, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 68–76, 2014. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/874>. Acesso em: 06 junho 2023.

CINTRA, W. J. et al., Resultado do tratamento cirúrgico do linfedema maciço localizado em pacientes obesos graves **Rev. Col. Bras. Cir**; 41(1): 018-022, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/3XdfW8cgcTxfn84LTCj3HFz/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 07 de outubro 2022.

CORMIER, J. N.; POLLOCK, R. E. Soft Tissue Sarcomas. **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 54, p. 94-109, 2004. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/canjclin.54.2.94>. Acesso: 21 de agosto de 2022.

COSTA B. P.; DUARTE, L. A. Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia. **Rev. bioét.** (Impr.); 27 (3): 510-5, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/6FXnv5Vs3Gxn3BdgGb6jZ3R/abstract/?lang=es>. Acesso: 10 de setembro de 2022.

COSTA, J. M. et al., Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 5–23, 2016. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/417>. Acesso em: 06 junho 2023.

CUNHA, C.V; GARDENGHI G. A fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer – uma revisão baseada em evidências 2019. Disponível em: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/06/a-fisioterapia-nos-cuidados-paliativos-a-pacientes-com-cancer-uma-revisao-baseada-em-evidencias.pdf> Acesso: 03 de outubro 2022.

DA SILVA, K. A. C.; MEJIA, D. P. M. A importância da fisioterapia na redução da síndrome do imobilismo em pacientes acamados. 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5785820/mod_folder/content/0/A%20import%C3%A2ncia%20da%20fisioterapia%20na%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20s%C3%ADndrome%20do%20imobilismo.pdf. Acesso: 19 de abril 2023.

DE OLIVEIRA, C. P.; DE MORAES, M. A.; DE MOURA, T. C. Intervenções cognitivo comportamentais para manejo de estresse em pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.uhumanas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3910/3282>. Acesso: 29 de abril 2023.

DOS ANJOS, J. F. D. et al., Recursos Terapêuticos Físicos no Tratamento de Lesões por Pressão em Pacientes com Lesão Medular: Uma Revisão Sistemática. **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], v. 47, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/65622>. Acesso: 10 de junho 2023.

DUTRA, R. A. et al., A importância do hemograma no diagnóstico precoce da leucemia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3529, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3529/2138>. Acesso em 22 de agosto de 2022.

FABRO, E. A. N. et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III. **Instituto Nacional de Câncer**, 2016. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/6718>. Acesso: 06 de junho 2023

FERNANDES, L. A. et al., Uma abordagem holística ao paciente em cuidados paliativos: Revisão narrativa da literatura **Brazilian Journal of Health Review** v.4, n.5, p. 20627-20637, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/36871/pdf> Acesso: 21 de outubro 2022.

FLORENTINO, Danielle et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, v. 11, n. 2, 2012. Disponível: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8942/6835>. Acesso: 23 de setembro de 2022.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.l.], v. 12, n. 3. ISSN 1983-2567, 2013. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7538/5919>. Acesso: 05 de junho 2023

FREIRE, M. E. M. et al., Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enferm**, 27(2):e5420016 2018. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tce/a/br6jYdcz5C5r8kVkcprfPG/format=pdf&lang=pt>. Acesso: 17 de agosto de 2022.

GÓES, G. S. et al., Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados **Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar**, 2016. Disponível: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/447/1/Artigo%20de%20finitivo.pdf>. Acesso: 05 de setembro 2022.

GOMES F. S. L. et al., Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(2):313-18, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bM9QkbxxKM8sJX9njYDjpLb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 16 de abril 2023.

GOMES, A. L. Z; OTHERO M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados** 30 (88), 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 13 de agosto de 2022.

GORINI, M. I. P. C. et al.; Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 354-358, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/V4dW6mXtdhr5qR6yYzbKF3N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 26 de abril 2023.

HANZEL, E DINTZIS, Livro Patologia: fundamentos de Rubin. p 57-58 2007.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Como surge o cancer? 2022. Disponível em <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer> Acesso: 21 de agosto de 2022.

LEITE, D. G. et al., Performance of physiotherapy in the intensive care unit with an emphasis on the prevention of immobility syndrome: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. e93953196, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3196>. Acesso: 05 de junho 2023.

LUZ, S. R. et al.; Úlceras de pressão. **Geriatrics & gerontologia**, v. 4, n. 1, p. 36-43, 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v4n1a06.pdf>. Acesso: 13 de junho 2023.

MACHADO, V. M. S., et al. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** | ISSN 2178-2091,2021. Disponível:<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6493/4236>. Acesso: 15 de agosto de 2022.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 623-629, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JZvjMWF6x8rnJB9Xsffp9Zk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 26 de abril 2023.

MARCHITO, L. de O. et al., Prevenção e Cuidado do Linfedema após Câncer de Mama: Entendimento e Adesão às Orientações Fisioterapêuticas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 1, p. e-03273, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/273>. Acesso: 06 de junho 2023.

MARCIÃO, L. G. A., et al. A importância da atenção fisioterapêutica nos cuidados paliativos em pacientes com câncer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e4631061 6042,2021. Disponível:<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16042/14299>. Acesso: 17 de agosto de 2022.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1999>. Acesso em: 05 de setembro 2022.

MARENCO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 350-357, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/231>. Acesso em: 06 de setembro 2022.

MARQUES, A. M. R.; D'ALESSANDRO, W. B.; D'ALESSANDRO, A. A. B. Estudo de revisão: A eficácia dos protocolos de fisioterapia na prevenção das disfunções pulmonares no pós-operatório da revascularização miocárdica. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, 5(1), 48-52, 2017. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1351> Acesso: 12 de outubro 2022.

MENEGON, D. B. et al.; Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 854-861, 2012. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/q6s5mwWmf84YVJy3Fs8k6yw/abstract/?lang=pt>. Acesso: 09 de junho 2023.

MONTEIRO ABREU, A. P. et al., Função Pulmonar e Força Muscular Respiratória em Pacientes Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 60, n. 2, p. 151–157, 2014. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/484>. Acesso: 07 junho 2023.

MOTA, A. L. C; BARBOSA, I. M; ALMEIDA, P. C. Distribuição da Mortalidade Infantojuvenil por Tumores do Sistema Nervoso Central no Estado do Ceará. **Revista Brasileira de Cancerologia** 68(2): e-252134 2022. Disponível: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2134/1736>. Acesso: 27 de agosto de 2022.

MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 577–583, 2002 Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2172>. Acesso: 26 de abril 2023.

MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M.; FITCH, M. I. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1080-1087, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sjJMZV6XKf4XSf7dTWfC5Jg/abstract/?lang=pt>. Acesso: 08 de junho 2023.

MÜLLER, A. M.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. D. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 57, n. 2, p. 207–215, 2011. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/708>. Acesso: 03 de setembro 2022.

MS.A. Na Síndrome do Imobilismo. **Colloquium Vitae. ISSN: 1984-6436**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 68–76, 2014. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/874>. Acesso: 13 junho 2023.

NASCIMENTO, I. M. B. et al., A contribuição da fisioterapia nos cuidados em pacientes com dor oncológica. **Rev. UNINGÁ, Maringá**, v. 54, n. 1, p. 1-7, out./dez. 2017. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/21/467>. Acesso: 19 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, A. R. N., et al. Cuidados paliativos em oncologia: conhecimento dos acadêmicos de fisioterapia. **Braz. J. Of Develop.**, curitiba, v. 6, n. 8, p. 56558-56573 aug.2020. Disponível:<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14758/12211>. Acesso: 15 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, D. S. da S.; ROQUE, V. de A.; MAIA, L. F. dos S. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 9, n. 26, p. 40–59, 2019. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/192>. Acesso: 03 de junho 2023.

ONCOGUIA, Causas do câncer - **Instituto Oncoguia** 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/causas-do-cancer/80/1/>. Acesso: 02 de setembro 2022.

ONCOGUIA, O câncer - **Instituto Oncoguia** 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer/12/1/>>. Acesso: 21 de agosto de 2022.

PAIÃO, R. C. N.; DIAS, L. I. N. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**; v. 16, n. 4, p. 153-169, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26029236012.pdf>. Acesso: 18 de setembro de 2022.

PAULINO, A. L. O. et al., Music therapy in palliative care in neonatology: representations of health professionals. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 9, p. e10511931475, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31475/26964>. Acesso: 05 de setembro 2022.

RAMOS, L. G. A.; SABÓIA, V. M.; FORTINI, R. G. O Cuidado de Enfermagem no Atendimento de Emergências Oncológicas: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 86, n. 24, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/367>. Acesso: 02 de setembro 2022.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto** [S.l.], v. 11, n. 2, ISSN 1983-2567, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8928/6833> Acesso: 16 junho 2023.

REZENDE, L. F.; ROCHA, A. V. R.; GOMES, C. S. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 9, p. 233-238, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/ZCb5HjJfGnmPHYbL3FkjDZh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 06 de junho 2023.

RÍOS-PIEDRAHITA, A. F. R.; BAENA-ÁLVARES, C. Cuidado paliativo, Una mirada integral. **Med fam Andal** Vol. 20, Nº.2, 2019. Disponível em: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_AR_cPaliativo.pdf. Acesso: 08 de setembro 2022.

RODRIGUES, A. B. et al., Stress in patients submitted to drug therapy. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** ;8(2):4487-4500, 2016. Disponível em: ><https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754104023>. Acesso: 05 de abril 2023.

SADY, E. R. R. et al.; Cuidados neuropaliativos: novas perspectivas dos cuidados intensivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 146-153, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/6cgXMBZSXmNwVRch6VsRjLv/>. Acesso: 02 de junho 2023.

SALEMA, C. L. Z; CARVALHO, C. Diagnósticos, tratamentos e prognósticos do mieloma múltiplo **Rev Ciên Saúde** 1 ;4(1):1-9, 2019. Disponível em: <https://www.revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/120/118>. Acesso: 27 de agosto de 2022.

SANTIAGO, J. P.; PAYNE, R. Palliative care and rehabilitation. **Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society**, v. 92, n. S4, p. 1049-1052, 2001. Disponível em: [https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/10970142%](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/10970142%2)

2820010815%2992%3A4%2B%3C1049%3A%3AAID-CNCR1418%3E3.0.CO%3B2-H
Acesso: 27 de setembro de 2022.

SCANDIUZZIL, T; SILVA S. R. Uma intervenção da terapia ocupacional entre pacientes em tratamento quimioterápico de câncer de mama. *remE – Rev. Min. Enferm.*;12(1):131-136, jan./mar., 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v12n1/v12n1a19.pdf>
Acesso: 21 de agosto de 2022.

SCAVASINE, V. C. Cuidados paliativos em condições neurológicas agudas. *Revista Médica da UFPR 3.1* (2016). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/46378/pdf> Acesso: 26 de abril 2023.

SCHUSTER, R. C.; SANT, C. R. de; DALBOSCO, V. Efeitos da estimulação elétrica funcional (FES) sobre o padrão de marcha de um paciente hemiparético. *Acta Fisiátrica, [S. l.]*, v. 14, n. 2, p. 82-86, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102794>. Acesso em: 08 de junho 2023.

SILVA L. E. S. et al., A função do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e os recursos utilizados para melhoria de qualidade de vida do paciente oncológico em estado terminal. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, e190101623148, 2021. Disponível: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23148/20850>. Acesso: 19 de agosto de 2022.

SILVA, E. W. N. L. et al.; Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, p. 175-185, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/QtxkPrF3qBRnSQTHDmr3LNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 25 de abril 2023.

SILVA, M. C.; BUTTOW N. C. 5-Fluorouracil: Uma Revisão da Literatura. *Arquivos do Mudi*, v. 26, n. 2, p. 112-125, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/63239/751375154739>. Acesso: 14 de outubro 2022.

SILVA, M. J. S. et al., Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 64(1): 119-120 pg 119, 2018. Disponível: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/211/125>. Acesso: 19 de agosto de 2022.

SILVA, R. J. F. et al. Atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 10(6), e50610615914-e50610615914. 10.33448/rsd-v10i6.15914, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15914/14342>. Acesso: 17 de agosto de 2022.

SILVA. F. A., LIMA, M. G., SEIDL, E. M. F. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Revista Bioética*, 25(1), 148–157, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/dbn4rM6bvFP7PxpVF6JjvPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 22 de setembro de 2022.

SOARES NETTO, J. J. Medicina perioperatória em oncologia: papel do anestesiologista no controle da morbidade cirúrgica. *Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.]*, v. 50, n. 3, p. 261–267, 2004. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2034>. Acesso em: 16 abril 2023.

SOUSA E. M. M. et al., Cuidados paliativos em pacientes neurológicos: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 44, p. e12791, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/12791/7453>. Acesso: 02 de junho 2023.

SOUSA, A. P.; et al., MASSAGEM RELAXANTE: OS BENEFÍCIOS PARA O ESTRESSE, 2020. Disponível em: [http://45.4.96.19/bitstream/aee/9537/1/MASSAGEM%20RELAXANTE%20OS%20BENEF% c3%8dCIOS%20PARA%20O%20ESTRESSE.pdf](http://45.4.96.19/bitstream/aee/9537/1/MASSAGEM%20RELAXANTE%20OS%20BENEF%c3%8dCIOS%20PARA%20O%20ESTRESSE.pdf). Acesso: 20 de abril 2023.

SOUZA-COUTO, D.; SILVA, N. B.; CARDOSO, E. J. R. Health students' knowledge assessment on the Glasgow Coma Scale at the University of Minas Gerais. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 9, p. e2410917798, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17798>. Acesso: 16 de abril 2023.

THULER, Luiz Claudio Santos; SANT'ANA, Denise Rangel; REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. In: **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2011. p. 15-17.

VIONE, C. H. et al. Avaliação da função pulmonar em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 12, n. Suppl., p. 84-84, 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/228510520>. Acesso em: 07 junho 2023.

WHO, **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. World wide palliative care alliance. Global atlas of palliative care at the end of life, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso: 06 de setembro de 2022.