

FACULDADE CIDADE DE JOÃO PINHEIRO – FCJP

CURSO DE FISIOTERAPIA

ANGÉLICA PEREIRA DE SOUZA

**A FISIOTERAPIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

JOÃO PINHEIRO – MG

2018

ANGÉLICA PEREIRA DE SOUZA

**A FISIOTERAPIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Artigo apresentado à Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCP para fins avaliativos na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso III ministrado pela Prof^a: Ms. Giselda Shirley da Silva.

Orientadora: Prof^a. Esp. Eliana da Conceição Martins Vinha.

JOÃO PINHEIRO – MG

2018

Dedico esse artigo a Deus que me deu força, coragem e iluminou o meu caminho até aqui. A minha família, que sempre torceu para meu sucesso, especial a minha mãe que sempre lutou por mim e por meus irmãos. Ao meu namorado pelo apoio e encorajamento.

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que ele me deu, agradeço por ter me dado força, garra e me amparado em momentos difíceis.

A família que pude contar sempre, a minha mãe pelo incentivo e por me ensinar a perseverar.

O meu eterno obrigado aos meus mestres pela sabedoria transmitida, em especial a minha professora e orientadora Eliana Vinha pelo carinho, dedicação e apoio não só comigo, mas com a turma.

A professora Ms. Giselda Shirley pela paciência e ensinamentos que foram de grande valia.

Aos meus colegas e amigos pela força, ajuda, alegrias e tristezas compartilhadas.

Muito obrigada a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para esta realização.

Obrigada!

O mundo não é um mar de rosas; é um lugar sujo, um lugar cruel, que não quer saber o quanto você é durão. Vai botar você de joelhos e você vai ficar de joelhos para sempre se você deixar. Você, eu, ninguém vai bater tão forte como a vida, mas não se trata de bater forte. Se trata de quanto você aguenta apanhar e seguir em frente, o quanto você é capaz de aguentar e continuar tentando. É assim que consegue vencer.

Rocky Balboa

A FISIOTERAPIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Angélica Pereira de Souza¹
Eliana da Conceição Martins Vinha²

RESUMO: A Fisioterapia nos cuidados paliativos tem como finalidade reduzir os sintomas, principalmente a dor, preservar e restaurar as funções e prevenir complicações. O objetivo deste estudo foi identificar as contribuições da fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos, apresentando seus benefícios, sua influência na qualidade de vida, além de discutir a importância de uma abordagem multidisciplinar e, meios de prevenir as complicações decorrentes do tratamento oncológico. O estudo se deu de modo qualitativo, realizado por meio de revisão bibliográfica, usando bases de dados em livros, artigos e periódicos. Os recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes oncológicos são benéficas, pois controlam os sintomas e reduzem a quantidade de medicamentos em uso. São usados a eletroterapia, a termoterapia, a crioterapia, a cinesioterapia, a massoterapia e a fisioterapia respiratória, porém, faltam mais estudos que comprovem a eficácia destes recursos terapêuticos. A Fisioterapia proporciona analgesia, atua nas complicações cardiorrespiratórias, circulatórias, linfáticas e neurológicas, nos encurtamentos musculares, nas alterações funcionais e posturais e orienta a família.

Palavras-Chave: Câncer. Cuidados paliativos. Fisioterapia. Equipe multidisciplinar. Qualidade de vida.

ABSTRACT: The physiotherapy in palliative care aims to reduce symptoms, mainly pain, preserve and restore functions and prevent complications. The objective of this study was to identify the contributions of physiotherapy in palliative care in oncological patients, presents its benefits, its influence on the quality of life in addition to discuss the importance of a multidisciplinary approach and means of preventing the complications resulting from cancer treatment. The study occurred in a qualitative way, carried out through a bibliographical review, using databases of books, articles and periodicals. The physiotherapeutic resources and techniques used in cancer patients are beneficial, because they control the symptoms and reduce the quantity of medicines in use. Electrotherapy, thermotherapy, cryotherapy, kinesiotherapy, masotherapy and respiratory physiotherapy are used, but there is a lack of further studies to prove the efficacy of these therapeutic resources. The physiotherapy provides analgesia, acts on cardiorespiratory, circulatory, lymphatic and neurological complications, muscle shortening, functional and postural changes, and guides the family.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP. E-mail: angellica.silvaa@hotmail.com

² Orientadora, professora da Faculdade Cidade de João Pinheiro – FCJP. Fisioterapeuta, Bióloga e Profissional de Educação Física. E-mail: elianafisio@gmail.com

Key Words: Cancer. Palliative care. Physiotherapy. Multidisciplinary team. Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Brasil (2018), por meio do Instituto Nacional do Câncer – INCA, o conceito de cuidados paliativos foi atualizado no ano de 2002, sendo que, cuidados paliativos têm como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida para o paciente e sua família, diante de uma doença ameaçadora à vida, aliviando e prevenindo o sofrimento, por meio da identificação e da avaliação precoce e eficaz. O tratamento se dá além dos sintomas físicos, principalmente a dor, mas dos sintomas psicológicos, espirituais e sociais, por meio da assistência realizada por uma equipe multidisciplinar.

De acordo com Brasil (2015), por meio da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, os cuidados paliativos originalmente eram direcionados aos pacientes terminais, mas hoje eles vão além dessa prática e, atende pacientes e seus familiares no decorrer de toda a doença, que ameaça a continuidade da vida e também no luto.

Os cuidados paliativos almejam serem percebidos como cuidados prestados para aliviar o sofrimento e proporcionar qualidade de vida ao paciente e a família ao longo da doença e do luto, ao invés de serem percebidos como cuidados prestados para aqueles que estão morrendo. Assim, o paciente tem chance de “viver mesmo quando estiver morrendo”. Tais tipos de cuidados tratam o paciente como um todo, levando em consideração aspectos psicossociais e espirituais. Além de cuidar do paciente, os cuidados paliativos auxiliam e apoiam a família, o que requer vários profissionais envolvidos.

Ainda na perspectiva do autor acima, são indicados cuidados paliativos para todos os pacientes com prognóstico de alguma doença que ameace interromper a vida, seja ela qual for, independentemente da idade, da fase em que essa doença está e se tem expectativa de cura ou não.

Brasil (2001), por meio do INCA, define a fisioterapia oncológica como uma especialidade criada com o intuito de conservar e restabelecer a integridade cinética-funcional de órgãos e sistemas, além de prevenir complicações causadas pelo tratamento oncológico.

A Fisioterapia nos cuidados paliativos oncológicos é fundamental, pois vai proporcionar a esse paciente alívio dos sintomas, prevenção de complicações, restauração de suas funções perdidas e, conseqüentemente, melhoria da sua qualidade de vida.

Este tema foi escolhido devido a sua relevância, pois apesar da evolução da medicina, ainda há casos em que não é possível a cura e, também, pelo fato de ser uma temática pouco pesquisada na área da fisioterapia, o que desperta o interesse sobre como esses profissionais podem intervir para possibilitar uma melhor qualidade de vida aos pacientes oncológicos.

Dessa forma, esse trabalho é fundamental para acadêmicos, professores e pesquisadores, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento científico. Também é importante como fator social, por tornar conhecidos os benefícios da fisioterapia na oncologia, mesmo em casos avançados, sendo possível minimizar o sofrimento do paciente.

Para nortear este trabalho questionou-se: Quais as contribuições do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos? Quais os métodos de intervenção que podem ser usados em pacientes oncológicos? De que maneira os cuidados paliativos podem influenciar na qualidade de vida desses pacientes? Quais os tipos de medidas preventivas o fisioterapeuta pode tomar em cuidados paliativos oncológicos?

Hipoteticamente a fisioterapia reduz a dor, torna o paciente ativo, útil, garantindo maior independência e qualidade de vida. Alguns recursos podem ser usados para aliviar os sintomas como a eletroterapia, termoterapia, cinesioterapia, terapias manuais e hidroterapia. Além de reduzir os sintomas a Fisioterapia previne complicações.

O objetivo do presente trabalho é identificar as contribuições da fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos, além de apresentar os métodos de intervenção que podem ser usados em pacientes oncológicos, conhecer as maneiras que os cuidados paliativos podem influenciar na qualidade de vida e descrever os tipos de medidas preventivas que o fisioterapeuta pode tomar para evitar complicações.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica. Para Neves (1996), o desenvolvimento da pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, tem caráter descritivo, não costuma empregar estatísticas para analisar os dados, seu objetivo é amplo e o pesquisador tende a interpretar os fenômenos estudados.

Para construção do estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica, usando bases de dados em livros, artigos e periódicos.

Lima e Mito (2007) apresentam a pesquisa bibliográfica como um meio que proporciona ao pesquisador uma possibilidade de se obter soluções para os seus problemas e considera a pesquisa bibliográfica flexível, onde o propósito de estudo poderá ser sempre revisto.

3. OS SINTOMAS DO PACIENTE E OS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Silva e Hortale (2006) relatam que, os fatores sociais podem ser modificados ao paciente, sua família e amigos que usam do poder aquisitivo para buscar tratamento. O isolamento, a capacidade de continuar trabalhando ou estudando também é um desafio para o paciente oncológico.

Hennemann-Krause (2012) ressalta que a medicina dispõe de amplos conhecimentos e técnicas para curar, prevenir e controlar doenças e, mesmo assim, algumas doenças não podem ser impedidas, como é o caso do CA (câncer). Assim, são implementados paradigmas para cuidar do paciente e orientar a família sobre os cuidados paliativos necessários.

Brasil (2001) por meio do INCA, define cuidados paliativos como cuidados totais prestados ao paciente e aos familiares quando não há perspectiva de reabilitação e não será realizado o tratamento contra o tumor. Assim, todo o foco terapêutico será para proporcionar ao paciente qualidade de vida, alívio e controle dos sintomas, evitando o sofrimento.

Segundo Marcucci (2005), o cuidado paliativo oferece atenção ao paciente sem condições terapêuticas de se curar, tendo como objetivo amenizar e controlar os sintomas. Com o elevado número de pacientes oncológicos sem opções de

tratamento para a doença, os cuidados paliativos são fundamentais para prestar um atendimento integrado a tais pacientes.

Para Muller et al (2011), os cuidados paliativos têm como função tratar de modo geral o paciente, considerando os aspectos psicossociais e espirituais, dando a atenção que ele necessita, além do apoio aos familiares, o que promove ao paciente qualidade de vida e conforto, não sendo o mesmo abandonado durante o tratamento.

Brasil (2018) por meio do INCA, descreve que o tratamento inicial do CA é normalmente agressivo, mas com objetivo de cura. A equipe, o paciente e a família estão otimistas. Quando já é um caso avançado ou evolui rapidamente para esse estágio da doença, os cuidados paliativos devem ser inseridos mesmo com o tratamento com intuito curativo, afim de controlar os sintomas físicos e psicossociais decorrentes da doença. Em fase terminal, os cuidados paliativos têm função de assegurar a qualidade de vida.

Ainda na perspectiva do autor supracitado, atualmente, os cuidados paliativos somam um cuidado integral e ativo. Os cuidados paliativos gerais atuam nos sintomas que o paciente com diagnóstico de doença progressiva pode apresentar. Os cuidados paliativos específicos são oferecidos aos pacientes nos últimos seis meses ou últimas semanas de vida, quando se está em gradual declínio. Nesse período, a equipe se empenhará para que ele esteja próximo aos seus familiares e sua autonomia não seja perdida.

Segundo Brasil (2012), por meio do Ministério da Saúde, a palavra câncer vem do grego *karkinos*, que significa caranguejo. A doença foi detectada há mais de três mil anos antes de Cristo. O CA apresenta como característica o desenvolvimento desordenado de células que se espalham em tecidos e órgãos vizinhos.

Almeida et al (2005) descrevem o CA, também chamado de neoplasia, como células alteradas que se comportam de forma anormal, com constante multiplicação. Essas células também são capazes de se desprender do tumor e atingir outras áreas do corpo, originando a metástase. Existem aproximadamente 200 tipos de câncer, podendo se dar por fator hereditário ou por fatores ambientais.

Brasil (2018), por meio do INCA, listou a estimativa dos dez tipos de CA mais comuns em mulheres e homens em 2018 no Brasil. Nas mulheres são: CA de mama com 29,5%; cólon e reto com 9,4%; colo do útero com 8,1%; traqueia, brônquios e

pulmão com 6,2%; glândulas tireoide com 4,0%; estômago com 3,8%; corpo do útero 3,3%; ovários com 3,0%; sistema nervoso central 2,7% e leucemia 2,4%. Nos homens são: próstata com 31,7%; brônquios e pulmões com 8,7%; cólon e reto com 8,1%; estômago com 6,3%; cavidade oral com 5,2%; esôfago com 3,8%; bexiga com 3,1%; laringe com 3,0%; leucemia com 2,8% e sistema nervoso central 2,7%.

O estudo de Neves et al (2017), em um hospital público de Tocantins, apontou os principais tipos de CA no período de 2010 a 2015. Em primeiro lugar, o CA de próstata com 15,38% dos casos, em segundo lugar, o CA de colo do útero com 12,60%, em terceiro lugar, o CA de pele com 10,99% e, em quarto lugar, o CA de mama com 10,39% dos casos. Destaca-se que, 30,63% dos pacientes vieram à óbito, principalmente por CA nos sistemas hematopoiético e reticuloendotelial. Dos pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos, foram no total de 84,56%.

Para Kligerman (2000), o tratamento do CA começa pelo diagnóstico e a identificação do tipo da neoplasia. Em seguida, vem as opções de tratá-lo com cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Para os casos em que as três opções de tratamento não são eficazes, são aplicados os cuidados paliativos, que geram alívio e promovem dignidade ao paciente, tendo em vista que os pacientes apresentam sinais e sintomas diferenciados.

Mantuani et al (2014) citam vários sintomas que o paciente oncológico pode apresentar, sendo dor, fadiga muscular, alterações funcionais, alterações da postura e da marcha, restrição de movimentos, contraturas e complicações respiratórias. A fisioterapia atua em todos esses sintomas, seja reduzindo ou recuperando a função total, dando maior independência para suas atividades de vida diária, proporcionando bem-estar.

Os autores ainda apontam que a maioria dos pacientes oncológicos apresentaram complicações respiratórias, como diminuição da função respiratória, na capacidade vital, perda de força da musculatura respiratória e no pico do fluxo expiratório, sendo que no gênero feminino o comprometimento é maior.

Silva et al (2006) comentam que o imobilismo, que pode ser o caso de alguns pacientes oncológicos, leva a efeito fisiológicos em vários sistemas, como por exemplo, redução dos volumes e capacidades pulmonares, atelectasias e pneumonias, redução da força, contraturas, hipotrofismo, osteoporose, redução da circulação periférica, úlceras de pressão, além dos sintomas psicológicos, como a depressão.

Florentino et al (2012) afirmam que o paciente que sofre com a dor oncológica tende a reduzir a sua movimentação e as atividades físicas, levando ao comprometimento do condicionamento físico, da capacidade aeróbica, da força muscular e da flexibilidade, levando ao imobilismo e a atrofia muscular.

Segundo Marcucci (2005), os sintomas neurológicos apresentados em decorrência de um tumor são amplos e nem sempre é possível prevê-los. Dentre os sintomas estão: déficits motores, movimentos involuntários, paralisias, dificuldade na fala, alterações do comportamento, da consciência, da percepção e autonômicas.

Paião e Dias (2012) relatam que os sintomas psicológicos levam ao aumento da ansiedade, nervosismo, irritabilidade, compulsividade, obsessividade, angustia, sensibilidade, depressão, medo, negatividade, alterações de apetite, insônia, insensibilidade e perda do interesse sexual.

Segundo Silva e Hortale (2006), as complicações psíquicas são comuns e geram a perda da qualidade de vida tanto do doente como dos seus familiares. Esses pacientes apresentam ansiedade e depressão, sintomas emocionais que podem se referir a um sintoma físico, como dor.

Brasil (2011) relata que os sintomas oncológicos devem ser controlados, principalmente a dor que afeta os pacientes em estado terminal, sendo que toda a equipe multidisciplinar deve evitar o sofrimento e apoiar os familiares.

São múltiplos os sintomas decorrentes do câncer em que o fisioterapeuta pode intervir. A avaliação do fisioterapeuta determinará qual a melhor forma de tratamento para cada paciente.

Segundo Pessini e Bertachini (2004), o cuidado paliativo encara a morte como um processo normal, não antecipando e nem retardando seu momento, de modo a sempre reduzir a dor e os outros sintomas desconfortáveis, proporcionando ao paciente uma vida mais ativa, apoio à família, agregando aspectos espirituais e psicológicos.

Brasil (2012), por meio do Ministério da Saúde descreve como objetivos dos cuidados paliativos a promoção do alívio de dor e outros sintomas que levam ao sofrimento, promoção da qualidade de vida, integração de aspectos físicos, psicológicos e espirituais através da equipe multidisciplinar, evitando procedimentos invasivos desnecessários que não irão agregar melhora no quadro, estimulando a utilidade do paciente, de preferência no ambiente familiar, promovendo assistência

aos familiares até mesmo no luto e respeito à morte como processo natural, não adiando e nem antecipando.

3.1 A FISIOTERAPIA E A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para Silva e Sudigursky (2008), uma abordagem multidisciplinar oferece ao paciente cuidados direcionados aos sintomas físicos, psicológicos, espirituais e até os sociais, o que provoca a necessidade de diferentes profissionais.

É importante observar os problemas do paciente como um todo, com a finalidade de se obter um cuidado mais uniforme e de forma geral, promovendo cuidado integral e dando dignidade no processo terminal.

O CA, na visão de Silva e Hortale (2006), gera transtornos para o doente e seus familiares. Para entender e intervir nessa situação, é necessário estabelecer estratégias de cuidados. Para tratar os impactos gerados pelo CA, a equipe deve ser capaz de identificar as complicações físicas, psíquicas, sociais e espirituais, e foi com esse propósito que surgiram os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos oncológicos têm como objetivo minimizar o sofrimento dos pacientes os quais não há tratamento, mesmo com o conhecimento da medicina, dando a eles conforto e principalmente qualidade de vida.

Pessini e Bertachini (2004) relatam que muitas pessoas associam o cuidado paliativo à eutanásia ou suspensão do tratamento, quando na verdade se trata da aceitação da morte como um acontecimento natural, abordando o tratamento como sendo fútil para a situação. Seu objetivo principal é restaurar a integridade perdida, proporcionando bem-estar espiritual, psicossocial e biológico, o que requer cuidados mais complexos e abrangentes, exigindo o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar.

Brasil (2012), por meio do Ministério da Saúde, aponta o tratamento por uma abordagem multidisciplinar, com presença de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, dentista, psicólogo, psiquiatra e estomaterapia. Tais profissões estão obrigatoriamente envolvidas no tratamento, e, apesar de cada área ter sua função, uma sucessão de intervenções isoladas não tem efetividade, ao contrário da abordagem multidisciplinar.

Pessini e Bertachini (2004) destacam que a importância da equipe multidisciplinar dentro dos cuidados paliativos é a de que ninguém tem respostas e soluções para todos os casos, sendo fundamental um tratamento em conjunto, permitindo um olhar amplo ao paciente. A equipe multidisciplinar atua com papéis diferentes, mas com o mesmo objetivo.

Dentro da equipe multidisciplinar, cada profissional contribui de alguma forma. O fisioterapeuta acompanha as variadas alterações decorrentes do tratamento oncológico, sendo capaz de intervir, sempre priorizando a capacidade funcional do paciente.

Reis e Reis (2007) ressaltam a importância do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar, que desempenha um trabalho voltado ao conforto do paciente e ao treino das atividades que sejam funcionais, ajudando-o a manter sua identidade, proporcionando atividades corporais, mantendo-o independente e autônomo, além da orientação dos cuidadores e familiares.

Borges et al (2008) também destacam a importância da fisioterapia dentro da equipe multidisciplinar, que é essencial, pois ela proporciona qualidade de vida, aliviando os sintomas da doença, recuperando a funcionalidade, além de atuar nos sintomas biopsicossociais. Os recursos fisioterapêuticos contribuem para aliviar as dores, reduzir tensões musculares, melhorar a circulação, tratar e prevenir linfedemas, reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão, que são fatores que agravam o câncer.

Para Marcucci (2005), o fisioterapeuta deve manter contato e trocar informações com toda a equipe para que não haja divergência de opiniões, o que colocaria em risco a credibilidade da equipe. Deve-se esclarecer para a equipe e para os familiares os objetivos da fisioterapia, o que melhora a receptividade e a eficácia do tratamento.

São inúmeros os benefícios que a fisioterapia oncológica proporciona aos pacientes internados ou mesmo para os que fazem o acompanhamento domiciliar, evidenciando ao paciente em estado terminal, o melhor bem-estar e qualidade de vida, reduzindo seu sofrimento, além de atender as necessidades individuais de cada paciente.

Segundo Girão e Alves (2013), a fisioterapia tem um grande campo de intervenção, atuando na prevenção de doenças, complicações e promovendo saúde.

Ela contribui de várias formas para proporcionar conforto e propiciar qualidade de vida dos pacientes em que a cura não é mais possível.

Várias áreas e segmentos em que o fisioterapeuta pode atuar são abordados por Barros (2003), seja isoladamente ou em equipe. Ele atua prevenindo, mantendo ou recuperando disfunções ocasionadas por doenças ou traumas e, sua principal preocupação é a funcionalidade do paciente.

Florentino et al (2012) apontam que o fisioterapeuta zela pela construção e preservação da independência funcional do paciente e, alivia os sintomas da doença com recursos fisioterapêuticos, como reabilitação das complicações linfáticas, osteomioarticulares, cardiopulmonares, redução da dor e também dos sintomas psicofísicos. É fundamental a intervenção da fisioterapia em todas as etapas do tratamento oncológico, no pré-tratamento, no tratamento, no pós-tratamento, se acaso reincidir e nos cuidados paliativos.

3.2 MEDIDAS PREVENTIVAS FISIOTERAPÊUTICAS QUE MELHORAM A QUALIDADE DE VIDA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ferreira e Pinto (2008) relatam que o objetivo dos cuidados paliativos é proporcionar conforto e dignidade aos pacientes que possuem doenças crônicas, garantido qualidade de vida e reduzindo o sofrimento. Segundo Silva e Sudigursky (2008), para aqueles pacientes sem possibilidades de cura, é preciso zelar pela qualidade de vida, proporcionada pelo conforto e moderação dos sintomas, oferecendo apoio espiritual e psicossocial.

Segundo Minayoet al (2000), a qualidade de vida tem sentido amplo, mas é baseada em valores, conhecimentos e experiências. Por outro lado, Campos e Neto (2008) relatam que a qualidade de vida está diretamente ligada à promoção da saúde, que tem como objetivo promover qualidade de vida, minimizando os fatores de risco à saúde. A qualidade de vida engloba diferentes fatores, como o estado de saúde, o ambiente, o relacionamento com familiares e amigos, trabalho, lazer e recursos econômicos.

Para Almeida et al (2012), qualidade de vida é entendida como um campo de amplo conhecimento humano, político, social, econômico, biológico, médico, entre outros. Por englobar várias áreas, o entendimento de qualidade de vida é amplo e nem sempre concordante. Por fim, Brasil (2015), por meio da Sociedade Brasileira

de Geriatria e Gerontologia, define qualidade de vida como bem-estar sentido e determinado pelo indivíduo relacionado com seus anseios e necessidades, correlacionando com suas experiências valiosas e significativas, dependendo da capacidade pessoal do indivíduo e suas experiências pessoais.

Wittmann-Vieira e Goldim (2012) apontam que os cuidados paliativos proporcionam uma melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares por meio da humanização, da disponibilidade de informações, educação sobre saúde e na administração de cuidados. Ferreira e Pinto (2008) citam alguns itens que são associados a qualidade de vida, como as funções físicas, aspectos psicológicos e fatores sociais, como econômico e familiar.

Segundo Matsumoto (2012), deve-se oferecer ao paciente suporte para viver ativamente, proporcionando a ele qualidade de vida e bem-estar em todos os aspectos. A dificuldade ao acesso a serviços, medicação e problemas sociais pode gerar sofrimento. Para o paciente viver com qualidade, ele deve ter seus sintomas controlados, suas necessidades atendidas e convivência com a família. Tal convívio deve ir além da família e estar em consonância com a equipe de saúde multidisciplinar, entre eles o fisioterapeuta.

Marcucci (2005) afirma que o fisioterapeuta também desempenha papel preventivo na oncologia e é de grande relevância. Toda a equipe multidisciplinar deve prever as possíveis complicações e tomar medidas para preveni-las, evitando sofrimentos desnecessários como escaras de decúbito, atrofia, dispnéia ou parada cardiorrespiratória. Na parte preventiva, Borges et al (2008) explica que o fisioterapeuta acompanha as variadas intercorrências que podem se desenvolver durante o tratamento, como edema, complicações respiratórias, circulares, motores, vasculares, entre outras e, é capaz de intervir para que elas não aconteçam.

Segundo Florentino et al (2012), a fisioterapia previne complicações respiratórias, ósseas, articulares, musculares e por desuso que podem comprometer a funcionalidade do paciente. Tal prevenção pode se dar por meio de diagnóstico, intervenção precoce ou orientações domiciliares. Esses fatores melhoram a qualidade de vida e são capazes de poupar gastos hospitalares e pessoais.

O fisioterapeuta assim como toda a equipe multidisciplinar deve prever as complicações que podem ser desencadeadas durante o tratamento oncológico e preveni-las.

3.3 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Sampaio et al (2005) relatam que ainda falta mais fundamentação científica que comprove a eficácia dos recursos, além de serem ainda escassos os estudos de intervenções fisioterapêuticas. Porém, eles citam alguns para tratar a dor oncológica, como a utilização da eletroterapia, da cinesioterapia, massoterapia, crioterapia e da termoterapia.

Marcucci (2005) afirma que para o alívio da dor, a eletroterapia proporciona alívio, mas rápido, o que é variável de paciente para paciente. O uso somente da eletroterapia não é eficiente, mas é possível reduzir significativamente a quantidade de medicamentos analgésicos e, assim, seus efeitos colaterais.

Paião e Dias (2012) apresentam alguns recursos fisioterapêuticos para minimizar o estresse e a depressão, como terapia manual, hidroterapia, atividades físicas, consciência corporal e relaxamento.

Brasil (2001) por meio do INCA, indica a atividade física leve para melhoria da qualidade de vida, melhora do humor e da ansiedade, estimulação da função intelectual e melhoria do sono, o que combate os sintomas do imobilismo que limita o paciente.

Paião e Dias (2012) relatam que o desuso pode causar encurtamentos e fraqueza musculares, fadiga, alterações posturais, descondicionamento físico e úlceras de pressão, indicando alongamentos, atividade física, exercícios leves a moderados, mudança de decúbito e massagem para prevenir e tratar as disfunções.

Em tais pacientes são usadas técnicas cujo objetivo é prevenir, reduzir e tratar as complicações do imobilismo. Quanto mais precoce se der o início do tratamento, maiores são as chances de se restabelecer as funções e também prevenir futuras complicações que podem ser desencadeadas pelo CA.

Há que se considerar ainda as disfunções pulmonares. Paião e Dias (2012) descrevem que as disfunções pulmonares levam a dispneia, acúmulo de secreções e a atelectasias. As condutas fisioterapêuticas que podem ser utilizadas são aspiração, manobras de higiene brônquica, estímulos para tosse, mudança de decúbito, exercícios que possibilitam a reexpansão pulmonar, uso de incentivadores de fluxo, atividades respiratórias para a manutenção respiratória e uso de instrumentos para oscilação expiratória.

Segundo Marcucci (2005), para aqueles pacientes acamados, a elevação da cabeceira aumenta os volumes pulmonares e reduz o trabalho respiratório, enquanto a posição de pronação eleva a capacidade residual funcional, o decúbito lateral aumenta a ventilação e a gravidade ajuda a mobilizar a secreção acumulada.

As complicações respiratórias são comuns nos pacientes oncológicos, até pelo fato do imobilismo que leva ao acúmulo de secreções, fraqueza dos músculos respiratórios, entre outros, podendo alterar o estado emocional e psicológico dos pacientes.

Para Chabner e Longo (2015), a depressão está associada à qualidade de vida ruim da internação prolongada, o que leva o desejo de morte e suicídio. Muller et al (2011) enfatiza que, com a terapia manual, alongamentos, mudança de decúbito, exercícios motores, saída do leito, estímulos à marcha é possível diminuir a dor, melhorar o condicionamento físico e prevenir complicações. Ademias, os exercícios respiratórios e a higiene brônquica também previnem complicações, reduzem a ansiedade e minimizam os desconfortos.

Paião e Dias (2012) garantem que o fisioterapeuta tem como objetivo conservar e ganhar conforto, garantir a independência dos pacientes oncológicos graves e reduzir a sua hospitalização, proporcionando assim, maior convivência com seus familiares e amigos, o que lhe oportunizará uma aceitação mais rápida para a situação e reduzirá o estresse, que agrava a doença, provocando tensões musculares, nódulos musculares, câibras, cefaleia por tensão, hipertensão arterial, taquicardia, lombalgias, braquialgia e dor precordial.

Marcucci (2005) cita algumas técnicas de relaxamento, que proporcionam ao paciente uma descontração mental, afastando momentaneamente os sintomas da tensão. Técnicas como Watsu, Yoga, Tai-Chi-Chuan, relaxamento induzido e o desenvolvimento de atividades físicas, proporcionam bem-estar e vigor, o que pode aliviar o estresse.

Essas técnicas são mais eficazes quando realizadas em conjunto com o psicólogo, atuando na redução da ação do sistema nervoso autônomo simpático e estimulando o parassimpático, o que reduz a tensão muscular e a ansiedade.

Sendo assim, o fisioterapeuta também é capaz de intervir nos sintomas psicofísicos, promovendo um relaxamento, reduzindo as tensões, a ansiedade e o estresse que agravam a doença e a fadiga.

A fadiga, que também afeta os pacientes oncológicos, é relatada por Mota e Pimenta (2002), sendo que não há um consenso sobre seu conceito, mas é multifatorial, envolvendo aspectos físicos, emocionais, psíquicos e cognitivos, podendo ser vista como uma síndrome.

A fadiga interfere nas atividades de vida diárias, causando desconforto e reduzindo a qualidade de vida. A intensidade da fadiga é maior em pacientes hospitalizados do que nos pacientes que estão em casa. Para controlá-la, é necessário preservar a capacidade funcional, minimizando as perdas do paciente. É importante além do bem-estar físico, manter também o bem-estar biopsicossocial e espiritual. A atividade física leve é benéfica para controlar a fadiga, mantendo a força muscular, melhorando o apetite e a autoestima.

Segundo Brasil (2011), a fadiga, cansaço ou desânimo são sintomas comuns e multifatoriais, podendo decorrer de anemia e alterações humorais por efeito medicamentoso. Para controlar os sintomas, o exercício físico é tão útil quanto os medicamentos.

Chabner e Longo (2015) citam a fadiga, a depressão e a ansiedade como fatores comuns nos doentes oncológicos, sendo que a fadiga pode ser por consequência da depressão e da ansiedade, podendo ser tratada com exercícios físicos. O fisioterapeuta pode trabalhar a força e o condicionamento cardiovascular apropriados para o paciente, respeitando seus limites e tomando as devidas precauções com os pacientes complicados clinicamente, podendo realizar as atividades onde tenha suporte cardiorrespiratório.

A fadiga sentida como cansaço extremo e fraqueza geral causa prejuízos na qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Associada a estes sintomas segue a dor, que é um fator limitante para a funcionalidade do organismo.

Xavier (2011) descreve a dor oncológica como aquela gerada através de alterações neurofarmacológicas e neurofisiológicas, que se instalam nos tecidos, ativando a sensibilidade dos receptores. Esses estímulos podem ser mecânicos, com a compressão do tumor aos nervos ou plexos nervosos. Também podem ser químicos pela secreção de citosinas.

Para Pena et al (2008), tratar a dor na oncologia demonstra respeito ao paciente e proporciona a ele autoestima e qualidade de vida. A dor oncológica é relatada como um problema de saúde pública, pois o alívio do sintoma com

medicamentos leva a custos financeiros. Medidas menos agressivas e menos invasivas devem ser levadas em consideração, como os recursos fisioterapêuticos.

A dor oncológica é um fator que reduz a atividade física do paciente. Xavier (2011) relata que ela pode levar à perda do condicionamento físico, da capacidade aeróbica, força e da flexibilidade muscular, fatores que levam ao imobilismo.

Com a cinesioterapia, é possível restaurar e melhorar as funções acometidas, desenvolver propriocepção, ganhar força muscular, ganhar amplitude muscular, prevenindo imobilismo e os encurtamentos musculares.

Segundo Simões (2011), a dor promove angústia para o paciente e os seus familiares e, tem prioridade no tratamento oncológico. Além disso, a dor pode desenvolver outros sintomas como, por exemplo, a depressão, a insônia, e a ansiedade. Os pacientes com dor interruptiva tendem a ter maiores limitações físicas e sociais.

Ainda há algumas medidas não farmacológicas que podem reduzir a dor, como a mudança de decúbito, a visualização criativa, que proporciona liberação mental através da imaginação, o relaxamento, que reduz a tensão muscular e estimula o sono e distração, o que permite que o paciente se concentre em algo agradável.

A dor gera incapacidades, comprometendo as atividades de vida diárias dos pacientes, tornando-o dependente e, conseqüentemente, levando a prejuízos funcionais.

A fisioterapia dispõe de recursos e técnicas para minimizar tal sintoma. Paião e Dias (2012) apresentam algumas condutas fisioterapêuticas para o alívio da dor, como a crioterapia, termoterapia, terapia manual, a cinesioterapia e a eletroterapia, entre elas a TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea).

A TENS é um recurso bastante discutido na literatura, no que diz respeito à sua eficácia. Ainda assim, é bastante recomendado na oncologia para a analgesia tanto de dores agudas como crônicas e, sua utilização reduz a quantidade de medicamentos que os pacientes oncológicos utilizam, reduzindo os efeitos colaterais.

Xavier (2011) cita alguns recursos fisioterapêuticos que podem ser usados para aliviar a dor em pacientes oncológicos, como a TENS, termoterapia, crioterapia, cinesioterapia e massoterapia, que combinadas com tratamento farmacológico tem

grande valia para o paciente. Essa associação reduz a quantidade de medicamentos e, conseqüentemente, redução dos efeitos colaterais.

Sampaio et al (2005), em seu estudo, mostrou que a TENS apresentou trabalhos mais confiáveis, apesar de apresentar vários tipos de correntes e intensidades. Brasil (2001), de acordo com o Ministério da Saúde, indica a TENS nos cuidados paliativos para tratar a dor leve e moderada na região do pescoço e cabeça, para aquelas dores decorrente de compressão nervosa. Também relata que, a duração do efeito deste recurso terapêutico para dor crônica em curto prazo é de 70% dos pacientes e, em somente 30% tem efeitos após um ano.

Pena et al (2008) concluem que apesar de vários estudos demonstrarem a eficácia da TENS para a dor oncológica, não é o suficiente, pois ela tem origem multifatorial, sendo mais difícil de encontrar comprovações científicas concretas para o tratamento.

À minimização da dor oncológica, Sampaio et al (2005) relatam que a TENS pode trazer benefícios, pois com a ausência da dor, o paciente é capaz de aumentar seu nível de funcionalidade, podendo desenvolver atividades físicas e melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, trata-se de um recurso não invasivo, de baixo custo, proporciona analgesia prolongada e tem poucas contraindicações. Os autores (idem), ainda relatam que a TENS é o que mais apresenta resultados confiáveis dentro dos recursos fisioterapêuticos, sendo que, seu mecanismo analgésico ocorre por meio da teoria das comportas, onde os impulsos aferentes ascendem pelas fibras grossas, impedindo a chegada dos estímulos dolorosos no sistema nervoso central.

Em relação aos efeitos dos tipos de TENS, Pena et al (2008) descreve TENS convencional que estimula fibras A beta causa confortável parestesia de efeito breve, sendo indicada de 20 a 60 minutos, com intervalo de 30 minutos. A TENS acupuntura, que estimula as fibras A delta e C além de pequenas fibras motoras, leva à parestesia, contração visível e à liberação de opióides endógenos, causando efeito longo, sendo indicada de 20 a 30 minutos, uma vez por dia. A TENS breve intenso, que ativa as fibras A delta e C, reduz espasmos e contraturas, com efeito temporário, indicada por 15 minutos. A TENS Burst, que é a soma do TENS convencional e acupuntura, proporciona analgesia mais prolongada e é indicada por no mínimo 30 minutos.

Nascimento et al (2017) descrevem as contraindicações da TENS, que são poucas, como por exemplo, área da neoplasia, pele enfraquecida pela radioterapia, pacientes que não compreendem e não são capazes de dar feedback.

Outro recurso também indicado no tratamento da algia na oncologia é a termoterapia, que é a aplicação de calor superficial, técnica que promove analgesia e relaxamento muscular.

Florentino et al (2012) afirmam que a termoterapia causa uma vasodilatação, promovendo relaxamento muscular, melhoria da circulação e do metabolismo no local da aplicação, melhoria das propriedades viscoelásticas dos tecidos moles e, é utilizada na oncologia com o intuito de aliviar espasmos musculares, promover relaxamento muscular e aumentar a flexibilidade tecidual.

Sampaio et al (2005) apontam que a termoterapia proporciona relaxamento muscular, reduzindo os espasmos musculares, sendo contraindicada na aplicação no local do tumor, pois com a vasodilatação pode acontecer de se espalhar as células tumorais pelo sistema sanguíneo e linfático.

Brasil (2001) acredita que a termoterapia é benéfica na moderação da algia oncológica por promover aumento do fluxo sanguíneo e relaxamento da musculatura, também reduzindo a rigidez articular e espasmos. Recomenda a utilização através de compressas, imersão ou bolsas entre 40 a 45°C por 20 ou 30 minutos, realizando três ou quatro aplicações por dia.

A crioterapia também é um recurso utilizado na oncologia. Baldin et al (2010) relatam que ela reduz a dor inflamatória, como em casos de carcinomas inflamatórios pela vasoconstrição reduzir os mediadores químicos no local. Florentino et al (2012) citam as disfunções musculoesqueléticas e traumáticas e, os processos inflamatórios, inclusive em quadros agudos, sintomas que a crioterapia pode ser utilizada.

Brasil (2001) recomenda o uso da crioterapia para analgesia e redução de edema, pelo efeito da redução da velocidade de condução nervosa, utilizando de duas ou três vezes por dia através de imersão, bolsa ou compressa com gelo, água gelada e álcool durante 15 minutos. Por outro lado, Sampaio et al (2005) relatam que a crioterapia não deve ser usada quando houver alergia ou intolerância, complicações circulares periféricas, diminuição da circulação local, região em tratamento por radioterapia, devendo ser evitada onde a integridade sensorial estiver comprometida.

A crioterapia, técnica simples e de baixo custo, pode ser usada para analgesia, redução da inflamação e, redução de edemas sempre que não houver contraindicações.

Para Baldini et al (2010), a massoterapia é uma técnica auxiliar que produz estimulação mecânica dos tecidos, produzindo relaxamento, bem-estar e prazer, aliviando as tensões. Ele ainda alerta sobre a região a ser manipulada, pois pode estar alterada devido ao tumor.

Florentino et al (2012) relata que a massoterapia causa efeitos benéficos sobre o sistema vascular, muscular e nervoso por estimular os receptores sensoriais, proporcionando conforto, prazer e bem-estar e, ainda, o estiramento produzido pela massagem reduz a tensão muscular, causando relaxamento.

Segundo Brasil (2001), por meio do INCA, a massoterapia proporciona relaxamento muscular, promove conforto e afeto, que reduz a tensão psíquica, além de melhorar a circulação. Pode ser utilizada para amenizar a dor e a ansiedade também para pacientes acamados e com insônia.

A massoterapia proporciona vários efeitos benéficos para o paciente oncológico, como relaxamento, prazer, redução da dor e do estresse, melhoria da circulação e a redução da insônia, proporcionando maior qualidade de vida.

Florentino et al (2012) definem a cinesioterapia como técnica que utiliza movimentos para tratar, proporcionando maior mobilidade e flexibilidade, coordenação, força, resistência, condicionamento cardiovascular e respiratório.

Marcucci (2005) enfatiza que atividades, tais como, caminhada e ciclismo, devem ser usadas para prevenir e tratar, por elevar os estímulos mecânicos, aumentando o líquido sinovial nas articulações e a massa óssea. A cinesioterapia atua contra os efeitos da inatividade e do imobilismo, proporcionando ao paciente manutenção ou recuperação da força, da resistência, da flexibilidade, do bom funcionamento cardiovascular e respiratório.

Segundo Marcucci (2005), os objetivos do tratamento são para aliviar a sintomatologia, dependendo de cada caso, podendo reverter os sintomas totalmente ou parcialmente, evitando assim, maior degradação neurológica.

Paião e Dias (2012) relatam que em casos de disfunções neurológicas, o paciente pode apresentar disfunções vesicais, plegias e paresias, sendo indicada como conduta fisioterapêutica o fortalecimento de períneo, treinos sensitivos e exercícios ativos e funcionais.

Os sintomas neurológicos que afetam os pacientes oncológicos podem ser minimizados com o tratamento fisioterapêutico e, quanto mais precoce se der início, maiores as chances de recuperação.

Borges et al (2008) mencionam a escassez de dados literários em relação aos recursos fisioterapêuticos e a não padronização dos meios avaliativos empregados na fisioterapia oncológica, além do desconhecimento da especialidade entre os demais profissionais da saúde e da população, que interfere no acompanhamento do profissional da Fisioterapia Onco-Funcional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pesquisar sobre as contribuições da Fisioterapia nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos foi possível sintetizar que ela é capaz de aliviar os sintomas, prevenir complicações e promover qualidade de vida, reduzindo o sofrimento, proporcionando conforto e dignidade a esse paciente.

Ao analisar os cuidados paliativos, foi possível entender que eles não são apenas direcionados aos pacientes terminais, como originalmente. Hoje, ele proporciona qualidade de vida ao paciente com doença que ameaça a vida, como o CA, independente do estágio em que a doença se encontra, tratando o paciente como um todo, além do apoio à família.

A Fisioterapia, além de proporcionar analgesia, reduz tensões musculares, melhora a circulação sanguínea e linfática, trata os sintomas cardiorrespiratórios, os encurtamentos musculares, as alterações funcionais e posturais, as complicações neurológicas e orienta os familiares.

Também se pode prevenir complicações como edemas, úlceras de pressão, fibrose, complicações respiratórias, vasculares, contraturas musculares e articulares, atrofias e a fadiga. A fisioterapia deverá prever essas complicações e aplicar medidas para preveni-las, como por exemplo, realizar mudança de decúbito para os pacientes acamados, higiene brônquica, fortalecer a musculatura, inclusive a respiratória, mobilização e alongamentos para prevenir contraturas e encurtamentos musculares.

A fisioterapia nos cuidados paliativos proporciona ao paciente oncológico uma melhor qualidade de vida, minimizando os sintomas decorrentes pelo CA, tornando-o

útil, ativo, garantindo maior independência nas atividades de vida diária e preservando a sua identidade.

Uma equipe multidisciplinar, na qual o fisioterapeuta está inserido, fornece conforto e bem-estar ao paciente, melhorando a qualidade de vida do mesmo e da família, por meio da humanização. A qualidade de vida é relativa de pessoa para pessoa, mas está ligada a fatores físicos, sociais, psicológicos, ambientais e econômicos, sendo baseadas nas experiências e valores pessoais.

O controle da dor é primordial para o bem-estar do paciente. Alguns recursos fisioterapêuticos são citados, como a termoterapia, a crioterapia e a eletroterapia, sendo que o uso da TENS apresenta melhores resultados.

Os dados literários sobre os recursos fisioterapêuticos que podem ser usados nos pacientes com CA ainda são escassos, mas são citados o uso da eletroterapia, da termoterapia, da cinesioterapia, das terapias manuais e hidroterapia, fazendo-se necessário mais estudos sobre o tema.

Também houve dificuldade na obtenção de referências relacionado a definição do tema. Não foi encontrada na literatura a definição de cuidados paliativos para a Fisioterapia. Mas não há dúvidas sobre os benefícios da Fisioterapia nos cuidados paliativos, trazendo qualidade de vida e reduzindo o sofrimento tanto do paciente quanto da família, assim o paciente com CA pode passar por essa fase com dignidade. Apesar da escassez de dados os objetivos foram alcançados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B. et al. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

ALMEIDA, V. L. et al. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Química Nova**, v. 28, n. 1, p. 118-129. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/qn/v28n1/23048.pdf>> Acesso em: 31 maio 2018.

BALDINI, D. S. et al. **A atuação do fisioterapeuta no controle da dor oncológica**: uma revisão de literatura. Salvador: Bahiana, 2010. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/482/1/TCC.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2018.

BARROS, F. B. M. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FioBrasil**, n. 59, p.20-31, Rio de Janeiro,2003. Disponível em:<https://www.researchgate.net/profile/Fabio_Barros14/publication/321186076_AUTONOMIA_PROFISSIONAL_DO_FISIOTERAPEUTA_AO_LONGO_DA_HISTORIA/links/5a1417d6aca27240e3085c4a/AUTONOMIA-PROFISSIONAL-DO-FISIOTERAPEUTA-AO-LONGO-DA-HISTORIA.pdf> Acesso em: 25 maio 2018.

BORGES, C. A. M. et al. Análise e métodos de avaliação dos recursos e do reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 333-344, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/333_344_Analise_dos_Metodos_de_Avaliacao.pdf> Acesso em: 01 abr. 2018.

BRASIL. **ABC do câncer**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2012.

_____. Instituto Ronald MC Donald. Instituto Nacional do Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Ed. 2. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=682> Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa/2018**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>> Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>> Acesso em: 29 ago. 2018.

_____. **Cuidados Paliativos**. Instituto Nacional do Câncer. Brasília, DF, 2018. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos> Acesso em: 29 ago. 2018.

CAMPOS, M. O; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232-240, Salvador, 2008. Disponível em:<<http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2018.

CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. **Manual de Oncologia de Harrison**. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2015.

FERREIRA, P. L. PINTO, A.B. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 21, n. 2, p. 111-124,2008. Disponível em:<<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13610/1/Medir%20qualidade%20de%20vida%20em%20cuidados%20paliativos.pdf>> Acesso em: 19 jun. 2018.

FLORENTINO, D. M. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, Rio de Janeiro,2012. Disponível em:<http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=326> Acesso em: 21 mar. 2018.

GIRÃO, M.; ALVES, S. Fisioterapia nos cuidados paliativos. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**. 2013. Disponível em:<<http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Fisioterapia-nos-cuidados-paliativos.pdf>> Acesso em: 14mar. 2018.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v. 11 n. 2, Rio de Janeiro,2012. Disponível em:<<http://revista.hupe.uerj.br/conteudo.asp?Cont=2>> Acesso em: 21 mar. 2018.

KLIGERMAN, J. A Ampliação da Assistência Oncológica no Brasil. Humanização e cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 46, n. 4, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/Rbc/n_46/v04/editorial.html> Acesso em: 15 maio 2018.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**. v. 10, p. 37-45, Florianópolis,2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe>> Acesso em: 06 dez. 2017.

MANTUANI, A. P. A. et al. Avaliação da função respiratória em pacientes submetidos a tratamento oncológico. **22º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP**, 2014. Disponível em <<https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=418&numeroEdicao=22>> Acesso em: 14 mar. 2018.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 1, p. 67-77, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:<<http://xa.yimg.com/kq/groups/23106799/1441800368/name/OK+ITAMARA+O+papel+da+fisioterapia+nos+cuidados+paliativos+a+pacientes+com+c%C3%A2ncer.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2017.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed.Rio de Janeiro:ANCP, 2012.

MINAYO, M. C.S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva**.v. 5, n.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 21 jun. 2018.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n. 4, p. 577-583, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf> Acesso em: 03 abr. 2018.

MULLER, A. M. et al. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.57, n. 2, p.207-215, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_57/v02/pdf/08_artigo_paciente_oncologica_fase_terminal_percep%C3%A7ao_abordagem_fisioterapeut.pdf> Acesso em: 20 nov. 2017.

NASCIMENTO, I. M. B. et al. A contribuição da Fisioterapia nos cuidados em pacientes com dor oncológica. **Revista Uningá**.v. 54, n. 1, p. 1-7. Maringá, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/21/467>> Acesso em: 19 maio 2018.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. v. 1, n. 3. São Paulo, 1996. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34607124/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A> Acesso em: 28 nov. 2017.

NEVES, R. R. et al. Panorama dos casos de câncer atendidos no Hospital Geral Público de Palmas, Tocantins, Brasil. **Revista de Patologia do Tocantins**. v. 4, n. 3, p. 22-26. Palmas, 2017. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/4190/11608>> Acesso em: 17 jun. 2018.

PAIÃO, R. C. N.; DIAS, L. I. N. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas**. v. 16, n. 4. Campo Grande, 2012. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/2777/2633>> Acesso em: 29 dez. 2017.

PENA, R. et al. Estimulação transcutânea do nervo (TENS) na dor oncológica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.54, n. 2, p. 193-199. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/revisao_7_pag_193a199.pdf> Acesso em: 14 maio 2018.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

REIS, L. C. J.; REIS, P. E. A. M. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**.v. 20, n. 2, Curitiba, 2007. Disponível

em:<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18887/18271>> Acesso em: 14 mar. 2018.

SAMPAIO, L. R. et al. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 4, p. 339-346. Belo Horizonte, 2005. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao5.pdf> Acesso em: 14 mar. 2018.

SEIXAS, R. J. et al. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**.v. 56, n. 3, p. 321-30. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncolgicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf> Acesso em: 12 abr. 2018.

SILVA, C. S. M. et al. Fisioterapia respiratória em condições especiais. KNOBEL E. (Org.). **Condutas no paciente grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**.v. 21, n. 3, p. 504-508. São Paulo, 2008. Disponível em:<<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n3/v21n3a20.pdf>> Acesso em: 28 nov. 2017.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n.10. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 31 maio 2018.

SIMÕES, A. S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. **Revista Dor**. v.12, n.2, p. 166-171. São Paulo 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a14>> Acesso em: 31 maio 2018.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 3, p. 334-339, São Paulo, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a03>> Acesso em: 19 jun. 2018.

XAVIER, D. S. **Fisioterapia onco-funcional para a graduação**. Manaus: Clube de autores, 2011. Disponível em:<<https://books.google.com.br/books?id=JAMtBQAAQBAJ>> Acesso em: 04 abr. 2018.