

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO

BRUNA ARAUJO SANCHES ALVES

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS.**

VITORIA

2013

BRUNA ARAUJO SANCHES ALVES

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS.**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Profº Orientador: Carolina Perez Campagnoli

VITÓRIA

2013

BRUNA ARAUJO SANCHES ALVES

**ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES  
ONCOLÓGICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,  
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: 05 de dezembro de 2013, por:

---

Prof<sup>a</sup> Carolina Perez Campagnoli, FCSES- Orientador

---

Prof<sup>a</sup> Andrea Kerckhoff dos Santos

---

Prof<sup>a</sup> Adriana Lários Nóbrega Gadioli

Para meus pais Reinaldo e Lúcia,  
e aos meus tios maternos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e a Maria Santíssima por toda sabedoria, paciência e força.

Agradeço também a minha família, especialmente aos meus pais Lúcia e Reinaldo, e ao meu irmão Gustavo pelo apoio, carinho, dedicação, pela paciência nos momentos de estresse, e pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos meus amigos Vinicius, Eduardo, Mayara, Zileide, Karoliny pelas orações, aos amigos da faculdade, em especial a Andressa, Débora, e Stephani pelos conselhos sábios, pelos incentivos nos momentos de fraqueza e aflição.

Agradeço Amanda Amorim nos momentos em que pensava em desistir, pelo exemplo de superação e fonte de inspiração, que muitas vezes me fizeram refletir e retomar a jornada.

Agradeço também ao meu professor do ensino médio, Thiago Ribeiro, pelos sábios conselhos, por ter acreditado no meu potencial, e por sempre ter me apoiado, me ajudando nos momentos em que mais precisei.

E não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Carolina, por sua dedicação e paciência. Pelo auxílio e apoio nos momentos de insegurança, pelas incríveis sugestões e disponibilidade a me responder. O meu muito obrigado Carol!

Por fim a todos aqueles que eu não citei mais que sempre estiveram presentes, acreditando e torcendo por minha conquista!

“ A morte nos assusta por quê a vida já nos curou dos medos, e é a vida que provoca as nossas lágrimas, não a morte.”

Anônimo

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo levantar na literatura a importância da fisioterapia nos cuidados paliativos de pacientes portadores de câncer. O trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, no qual foi realizada a busca literária e eletrônica, em livros, artigos e sites organizacionais, num período literário entre 2004 à 2013. O câncer é uma doença que acomete o controle da multiplicação celular, a alteração desse mecanismo, pode resultar na formação de uma massa celular que vai difundir-se nos órgãos ou tecidos, denominada neoplasia ou tumor. A hereditariedade, os fatores ambientais, químicos e físicos favorecem o aparecimento da neoplasia. Elas diferem entre si, e cada uma possui uma característica, morfologia e nomenclatura distinta, podendo ser classificadas como maligna ou benigna. Algumas exibem sintomas precoce que ajudam no diagnóstico, outras podem expressar sintomas tardios, o que dificulta o diagnóstico, e o início do tratamento. Quando mais cedo o diagnóstico do câncer, maior é a probabilidade de cura da doença. Apesar de eficazes, os tratamentos frequentemente possuem efeitos colaterais, que podem diminuir a qualidade de vida do paciente, levando a uma dependência funcional, afastando-o do convívio social e muitas vezes do emprego, no entanto, como cidadão o portador do câncer possui direitos, que irão beneficiá-lo garantindo o mínimo de sobrevivência. O paciente fora de possibilidades de cura exibe múltiplos sintomas, a assistência paliativa tem finalidade de cuidar e garantir o máximo de qualidade de vida até a morte, os cuidados paliativos já vem sendo usados há muitos anos para auxiliar pacientes em fase terminal, a fisioterapia pode complementar o método por dispor de recursos que decrescem ou amenizam os sintomas clínicos da doença ou do tratamento, estimulando a independência funcional. Baseado no estudo pode-se concluir, que o método terapêutico citado é de suma importância na assistência a pacientes terminais, bem como a inserção do fisioterapeuta.

**Palavras-chaves:** fisioterapia, morte, direito, cuidados paliativos, tratamento.

## ABSTRACT

This study aimed to lift in the literature the importance of physiotherapy in the palliative care of cancer patients. The study it is a bibliographic review, in which was performed the literary and electronic search, in books, articles and organizational websites, in a literary period between 2004-2013. Cancer is a disease that affects the control of cell multiplication, the alteration of this mechanism may result in the formation of a cell mass that will diffuse to organs or tissues, called neoplasm or tumor. The heredity, environmental factors, chemical and physical favor the appearance of neoplasia. They differ from each other, and each one has a characteristic morphology and distinct nomenclature and can be classified as malignant or benign, some exhibit symptoms that help in early diagnosis, others may express delayed symptoms, making difficult the diagnosis and initiation of the treatment. The earlier diagnosis of cancer, increases the chance of cure. Although effective treatments often have side effects that can decrease the quality of life of patients, leading to a functional dependency, away from social conviviality and sometimes from employment, however, the citizen as a carrier of cancer has rights which will benefit it, ensuring minimal survival. The patient without possibilities of cure shows multiples symptoms, the palliative care aims for care and ensure maximum quality of life until death. Palliative care is already being used for many years to assist terminal patients, physiotherapy can complement the method by having resources that decrease or alleviate clinical symptoms of the disease or the treatment, stimulating functional independence. Based on the study it can be concluded that the therapeutic method cited is of paramount importance in the assistance to terminal patients, as well as insertion of a physiotherapist.

**Keywords:** physiotherapy, death, right, palliative care, cancer.



## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

FGTS - Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FPTA- Fora de possibilidades terapêuticas atuais

GISTO - Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico

INCA - Instituto Nacional do Câncer

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IOF – Imposto sobre Operações Financeiras

IPI - Isenção de Imposto Sobre Produtos Industrializados

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PIS - Programa de Integração Social

SFH - Sistema Financeiro de Habitação

SNC - Serviço Nacional do Câncer

SUS - Sistema Único de Saúde

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

UICC - União Internacional Contra o Câncer

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 REVISÃO LITERÁRIA</b> .....	25
2.1 HISTÓRIA SOCIAL DO CÂNCER.....	25
2.2 DIREITOS DO PORTADOR DE NEOPLASIA.....	27
2.3 GENÉTICA DA CÉLULA TUMORAL.....	32
2.4 CLASSIFICAÇÃO E NOMENCLATURA .....	35
<b>2.4.1 Nomenclatura</b> .....	37
<b>2.4.2 Estadiamento das neoplasias malignas</b> .....	38
2.5 TRATAMENTOS DO CÂNCER.....	39
<b>2.5.1 Quimioterapia</b> .....	39
<b>2.5.2 Radioterapia</b> .....	41
<b>2.5.3 Cirurgia</b> .....	41
<b>2.5.4 Antibioticoterapia</b> .....	42
<b>2.5.5 Imunoterapia</b> .....	42
<b>2.5.6 Hormonioterapia</b> .....	43
<b>2.5.7 Sedação Paliativa</b> .....	43
2.6 SINTOMATOLOGIA.....	44
<b>2.6.1 Dor oncológica</b> .....	44
<b>2.6.2 Caquexia</b> .....	45
<b>2.6.3 Lesões cutâneas</b> .....	45
<b>2.6.4 Constipação Intestinal</b> .....	45
<b>2.6.5 Dispneia</b> .....	46
2.7 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	46
2.8 ASSISTÊNCIA PALIATIVA A DOENTES EM FASE TERMINAL.....	48
<b>2.8.1 Participação da Família nos cuidados paliativos</b> .....	54
<b>2.8.2 Abordagem Fisioterapêutica</b> .....	56
2.9 FISIOTERAPEUTA FRENTE À MORTE DO PACIENTE.....	60
<b>2.9.1 Formas de Enfrentamento do Fisioterapeuta</b> .....	63
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	67

<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Câncer é uma doença que acomete a multiplicação celular, onde ocorre uma alteração na célula levando a formação de uma massa desorganizada que pode ser chamada de tumor ou neoplasia, o corpo humano prover de defesas que frequentemente impedem ou controlam essa alteração, no entanto quando acontece uma mutação genética em determinados fragmentos de DNA, a célula pode ter diversas reações (LOPES; AGUIAR JUNIOR, 2008).

Pode acometer qualquer órgão do corpo humano e de acordo com o instituto nacional do câncer (INCA), é uma das doenças com as maiores taxas de falecimento no Brasil. Estima-se que por ano mais de sete milhões de pessoas morrem da doença, o contato com o diagnóstico para os pacientes é extremamente difícil, e durante a fase do tratamento é necessário suporte emocional, pois muitas vezes o tratamento causa dor e desconforto levando a uma dependência funcional do paciente (MACIEL, 2008).

O meio ambiente, o estilo de vida do indivíduo, até mesmo a hereditariedade pode influenciar no aparecimento do câncer, pois com os avanços tecnológicos, estamos constantemente em contato com agentes mutagênicos, que são fatores de riscos neoplásicos, os mesmos podem ser metabolizados resultando na transformação de células normais em células cancerosas (VOGEL; MOTULSKY, 2008).

O diagnóstico precoce auxilia na eficácia do tratamento, no entanto nem sempre ocorre à cura da doença, desta forma torna-se importante à abordagem com cuidados paliativos, para garantir uma qualidade de vida ao paciente até o falecimento. Os sintomas clínicos apresentados podem decorrer da doença apresentada, decorrente de interferências no próprio tratamento ou agregados a doenças pré-existentes, os sintomas prevalentes em pacientes com câncer são alterações gastrointestinais, pulmonares, osteomioarticulares, e circulatórias (CAPONERO; SANTOS; NAYLOR, 2004).

Existem inúmeros tratamentos que colaboram na remissão da patologia, cada um com uma finalidade distinta. Os tratamentos mais comumente utilizados são a radioterapia, quimioterapia, e cirurgia, a quimioterapia é um potente tratamento curativo capaz de acabar com as células tumorais, porém seu controle é sistêmico

apresentando vários efeitos adversos, pois as drogas administradas possuem consequência tóxica nos sistemas do corpo humano (UNTURA; REZENDE, 2012).

A radioterapia é outra modalidade de tratamento, emprega radiações ionizantes nas células tumorais impedindo os eventos celulares, induzindo-as para a morte celular, pode ser utilizada de maneira isolada ou associada, possui controle local, no entanto também apresenta efeitos indesejáveis agudos e tardios, dependentes da dose, do local da irradiação, idade e estado clínico do paciente (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006).

Antes de direcionar qual o tipo de tratamento, é feito uma biopsia para saber qual tipo de tecido histológico acometido, verificar nódulos e lesões glandulares, adquirir diagnóstico anatomopatológico e citológico, investiga-se qual a amplitude da lesão e posteriormente classifica a neoplasia. A cirurgia seria o processo de retirada do tumor primário e da margem de segurança dependente do tipo de tecido histológico do tumor e da sua localização (LOPES; AGUIAR JUNIOR, 2008).

A doença causa dor, ocasionando sofrimento emocional fazendo com que a perspectiva de vida de pacientes em fase terminal torne-se menor, no entanto, como cidadão o portador do câncer possui direitos, que irão beneficiá-lo. Se no decorrer do tratamento curativo não houver evolução do quadro clínico do paciente, não se deve desistir de cuidar do mesmo só por que não é possível a cura da doença, desta forma o cuidado vai ser através da intenção paliativa aliviando o sofrimento desses pacientes até a morte (KURASHIMA; CAMARGO, 2008).

Sendo uma ciência aplicada que estuda o movimento humano, principalmente na presença de modificações patológicas, a fisioterapia pode complementar a assistência paliativa porque pode atuar através do seu alcance profissional com medidas preventivas (mantendo e preservando), evitando e/ ou amenizando complicações através de métodos de intervenções no cuidado que o paciente necessita, incorporando o paciente como um todo, não só no aspecto físico, aprendendo a lidar também com seus aspectos emocionais (FARIA, 2010). O profissional pode aliviar a sintomatologia causada pelo tumor, pois dispõe de recursos que podem auxiliar a preservar a vida desses pacientes, fazendo com que os mesmos possam retomar as atividades de vida diária sentindo-se independente (MARCUCCI, 2005).

O presente estudo terá como objetivo geral revisar na literatura a importância dos cuidados paliativos em pacientes com câncer. E como objetivos específicos buscar na literatura os principais métodos de intervenções de cuidados paliativos para pacientes com câncer; investigar na literatura a atuação do profissional fisioterapeuta inserido na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos; demonstrar como a fisioterapia pode atuar nos efeitos colaterais do tratamento do câncer; analisar como a participação da família pode auxiliar nos cuidados paliativos; identificar na literatura formas de enfrentamento do fisioterapeuta perante a morte do paciente; abordar princípios teóricos da história social do câncer identificando sua contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas no atendimento oncológico.

Este trabalho justifica-se pelo fato de muitas vezes os profissionais da saúde estarem despreparados para lidar com pacientes nos últimos suspiros de vida, a carência de fundamentação pedagógica sobre a oncologia e a falta de informação sobre a prevenção, pode levar a um diagnóstico tardio fazendo com que a abordagem de um planejamento terapêutico a pacientes terminais seja dificultada.



## 2 REVISÃO LITERÁRIA

### 2.1 HISTÓRIA SOCIAL DO CÂNCER

Séculos antes de Cristo já se especulava sobre a existência do câncer. Segundo os hipocráticos gregos a doença era vista como uma falta de equilíbrio dos fluidos do corpo humano. Mais tarde no século XV foi descoberto o sistema linfático relacionando a patologia como um desequilíbrio da linfa, sendo único tratamento oferecido as sangrias. Somente no século XX com o incremento da teoria celular, relacionaram a causalidade da doença com a célula e o mecanismo de divisão celular, porém mesmo com os avanços no conhecimento da doença, os tratamentos existentes eram ineficazes, os indivíduos eram desenganados e aguardavam sua morte, em meio ao sofrimento e a dor (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No Brasil durante o período da primeira república (1889-1930), as ações voltadas para as políticas de saúde eram em relação às grandes epidemias que assolava o país, enquanto nos países desenvolvidos o câncer era uma das doenças de maior taxa de óbito. No final do ano de 1889 ocorria no Rio de Janeiro reformas nas matrizes curriculares das escolas de medicina, visando aprimorar o conhecimento teórico e principalmente prático, tentando igualar-se com as mudanças que aconteciam na Europa, dessa forma foram criadas novas vagas, e laboratórios biomédicos, principalmente de microbiologia, possibilitando a criação de novos métodos terapêuticos nos cuidados de pacientes doentes (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Devido a esse crescente aumento do câncer nos outros países, em 1920 no governo de Epitácio Pessoa foi incluído na legislação sanitária propostas para a prevenção do câncer, Carlos Chagas propôs o decreto nº 14.354, que assegurava em casos de falecimento de pacientes oncológicos uma rubrica específica, que ajudaria no controle da taxa de mortalidade, permitindo desenvolver medidas sanitárias. A partir dos primeiros números coletados nas Casas de misericórdia, e devido a presença de câncer em operários, o obstetra Fernando Magalhães citou no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, em 1922, no cenário das solenidades pelo Centenário da Independência, que o aparecimento da doença poderia estar ligado a exposição de



substâncias químicas, assim o câncer foi apontado como “mal universal”, tornando-se um transtorno na saúde pública (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Felizmente, ao mesmo passo estava surgindo novas tecnologias no combate do câncer, mudando lentamente a crença de incurável, estimulando medidas para evitar o surgimento de novos casos. No período do novo estado, Getúlio Vargas assinou o Decreto-lei nº 378, criando o Centro de Cancerologia que posteriormente seria o Instituto Nacional do Câncer, em 1941, é criado o serviço nacional do câncer (SNC), responsável pela orientação, organização e inspeção de campanhas de câncer, de modo que a população conhecesse formas de prevenção. Pelo decreto nº 61.968 faz-se obrigatória campanha de cunho nacional com intuito de combater o câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006).

Nesse início das décadas do século XX, os médicos brasileiros começaram a conscientizar-se em relação ao câncer despertando as primeiras iniciativas de inclusão na saúde pública nacional. Os debates realizados pelos profissionais em congressos internacionais, periódicos, e academias médicas sobre a doença, teve mais relevância no reconhecimento da patologia do que os próprios dados epidemiológicos. A Portaria nº 170 de dezembro de 1993, da Secretaria de Assistência à Saúde, simboliza o primeiro empenho do Ministério da Saúde (MS) para encarar de modo ordenado o progresso pela busca de tratamento oncológico no Brasil (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

A Portaria nº 3535 de 1998, colaborou na garantia de direitos aos pacientes oncológicos, na época estruturando unidades de atendimentos hospitalares proporcionando assistência completa aos portadores de neoplasias malignas, instituindo redes organizadas por categorias e tipo de atendimento nos centros que disponibiliza assistência pelo SUS, e inovando os critérios de registro nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Naquele tempo, instaurados esses centros (CACON), eles eram graduados de três formas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008):

Centros de Alta Complexidade em Oncologia I: Locais onde eram recebidos os diagnósticos e realizados os tratamentos dos principais tumores frequentes no país, possuem objetos e recursos humanos alojados dentro de uma mesma organização estrutural, com atendimento multiprofissional ao paciente; Centros de Alta Complexidade em Oncologia II: Responsável pelo controle prioritário do câncer,

desenvolvendo medidas de detecção imediata, prevenção, tratamento e diagnóstico; Centros de Alta Complexidade em Oncologia III: Possuem os próprios equipamentos e recursos humanos, responsáveis exclusivamente pelo controle da neoplasia, desenvolvendo medidas de detecção imediata, prevenção, diagnóstico, e tratamento com assistência independente do tipo e local do tumor maligno (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

## 2.2 DIREITOS DO PORTADOR DE NEOPLASIA

Ser diagnosticado com câncer é um desgosto muito grande para qualquer indivíduo, e como todo cidadão possui direitos constitucionais, delegando ao Estado o dever de cuidar da sua saúde, exigindo o cumprimento de todas as obrigações. A possibilidade de alcance financeiro poderá estar diminuída, a carência de serviço fixo, pode afetar o cuidado diário do paciente, porém o conhecimento dos seus direitos por parte dos portadores do câncer pode amenizar esses problemas (SPAGNOL, 2007).

A Portaria N° 2.439/GM de dezembro de 2005, criado pelo MS, após considerar o câncer como problema de saúde pública, institui diretrizes para cumprimento de estratégias para se conexas a Política Nacional de Atenção Oncológica com a finalidade de promover a saúde, organizar atividades em todos os níveis de complexidade da saúde, garantia de acesso e atendimento absoluto (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Estas redes devem analisar os serviços, aumentar o amparo aos doentes oncológicos, agregar a tecnologia, aperfeiçoar a gestão, dissipar informações, progressão da educação, e incentivar pesquisas. As atividades de atenção primária entendem a prevenção, constatação antecipada do câncer, o nível secundário compreendem análises diagnósticas complexas e consultas especializadas, ações de nível de atenção terciária englobam a radioterapia, cirurgias, quimioterapia e toda assistência essencial ao paciente (VILLA; PEREIRA, 2009).

A Secretaria de Atenção à saúde por meio da Portaria nº 2.439/05 e da Portaria nº 741, cria a rede de atenção à oncologia, determinando os atributos do Centro de Referência de Alta complexidade em Oncologia, das unidades que prestam auxílio de alta complexidade em Oncologia (UNACOM) e a CACON. A UNACOM oferece

serviços especializados em Cirurgia Oncológica, Mastologia, Urologia, Ginecológica, Torácica, Cirurgia Plástica, Oncopediatria, Quimioterapia e Radioterapia (Não é obrigatório este serviço), oferecem assistência para no mínimo as neoplasias mais prevalentes no Brasil. O Centro de Referência de Alta complexidade em Oncologia opera em função de auxiliar com cunho técnico na gestão do SUS. As CACONs oferece serviço de Oncologia Clínica, Cirurgias, Hematologia, Quimioterapia e Radioterapia, oferecem assistência a todo tipo de neoplasia (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2005).

O início do tratamento logo após o diagnóstico da patologia torna o tratamento mais eficaz. Os remédios, a dieta nutricional que deve ser adotada, é algo custoso mesmo com o auxílio do governo, a legislação do Brasil testifica direitos específicos aos portadores de patologias neoplásicas, é dever da União, Município e Estado, assegurar tratamento médico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (VOLPE, 2006).

O SUS tem suas bases lançadas na Constituição de 1988, sendo regulamentada pelas leis orgânicas de saúde, a lei 8.080 e 8.142. Garante assistência com direção única em toda esfera de governo, acesso igualitário e universal, incentiva à participação da comunidade na gestão, isenção de pagamento pelo atendimento e controle social. Uma grande parte da população brasileira só tem acesso a saúde através do SUS, sendo essa grande parte de usuários os que possuem uma renda financeira inferior. Para disponibilizar acesso a estes cidadãos mais vulneráveis são instituídas políticas públicas, concretizadas por meio de conjunto de leis e normas, com atos e finalidades claras, sendo dever do Estado sua execução (VILLA; PEREIRA, 2009).

O tratamento na área da oncologia abrange: realização de radiologias, quimioterapia, tomografias, cirurgias, efetuação de consultas, análise laboratorial, fornecimento de remédios, ultra sonografia, radioterapia, órtese, prótese entre outros. Se necessário e por indicação médica o paciente tem direito de ficar internado em domicílio, sendo acompanhado por uma equipe multidisciplinar, porém se o paciente tiver que ficar no hospital o SUS deve custear alimentação e transportes, garantindo o direito de acompanhantes para idade menor de 18, idade maior de 60 anos, e durante o parto (VOLPE, 2006).

Porém descobrir que tem uma neoplasia não garante ao cidadão aquisição aos auxílios, a legislação estabelece alguns requisitos. Deve ser comprovado o diagnóstico da patologia através do exame anatomopatológico, os laudos, atestados médicos, análise laboratorial, e requerimentos são de grande importância, pois auxiliam na comprovação, em relação ao último é interessante ser feitos duas vias, pois assim uma fica guardada com o paciente. Para cada auxílio existe um órgão do governo para avaliação do benefício, e ceder o recurso a cada indivíduo (BUETTO; SONOBE; ZAGO, 2011).

Mesmo com o decreto nº 61.968, a publicação de informativos como método de prevenir, educar e orientar é esporadicamente avaliada e descrita, a informação sobre legislação raramente é conhecida até mesmos pelos profissionais da saúde hospitalares e pessoas jurídicas. O conhecimento possibilitaria comunicação e propagação dos direitos concedidos aos portadores da patologia, porém mesmo com incentivo do governo através de decretos e leis a elaboração é escassa, não acolhendo a toda procura dos serviços de saúde, o autor ainda sugere que se o paciente fosse instruído por um profissional especialista no assunto, o processo de aquisição do auxílio seria mais ágil, os órgãos e entidades poderiam fazer um vínculo com tais profissionais para garantir um excelente serviço prestado, resultando em melhor qualidade de vida ao paciente (BUETTO; SONOBE; ZAGO, 2011).

A ideia de invalidez no paciente oncológico sofre alguns conceitos opostos entre médicos peritos e médicos oncologistas, desta forma o paciente subordina-se a decisões baseadas em práticas clínicas, existem casos onde o tumor aparece de maneira rápida e enganosa, com sintomas e sinais não característicos, atrasando o diagnóstico, porém pode aparecer com sintomas seguros e fiéis, mas com sinais tardios, sendo fundamental uma avaliação por especialista da área (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Todo processo de adoecimento, descoberta da patologia provoca um excesso de sentimentos no paciente e muitas vezes a avaliação feita por um perito para garantia dos direitos é contraditória com sinal clínico apresentado, pois o que é considerado grave pelo oncologista, pode não ser considerado grave pelo perito, acarretando ainda mais na alteração psicossocial do paciente. Desta forma é importante o conhecimento desses direitos pelos profissionais das unidades de oncologia, para

que o paciente seja informado corretamente sobre como proceder, quais documentos necessários para dá início junto ao órgão competente, disciplina e ordem pelos órgãos governamentais para que o indivíduo não sofra nenhum aborrecimento e desista do benefício (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Os benefícios são:

- Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS): Todo cidadão que trabalha segurado pela carteira profissional tem direito ao FGTS, em caso de presença de tumor maligno, pode solicitar a retirada de todo resultado existente em sua conta, desde que a mesma seja vinculada ao trabalho, para isso será necessário a comprovação através dos seguintes documentos: Laudo da Biópsia, confirmação da inscrição Programa de Integração Social(PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), declaração médica, e fotocópia e original da carteira de trabalho (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).
- Retirada do PIS/PASEP: O indivíduo portador de neoplasia ou seu dependente, poderá realizar o saque do PIS, se o mesmo for cadastrado na Previdência Social, a retirada é feita na Caixa Econômica Federal, e para isso são necessários os mesmos documentos citados anteriormente (VASCONCELOS, 2004).
- Dispensa do Pagamento do Imposto de Renda na Aposentadoria: Fica isento de efetuar pagamento do imposto de renda o portador de neoplasia que se aposentou, o indivíduo será avaliado por um perito médica que dará um parecer sobre seu estado clínico, e aceito o pedido a dispensa do pagamento é automática, o cidadão deverá levar uma fotocópia da biopsia e laudo médico oficial ao órgão competente onde efetua o pagamento de sua aposentadoria (MENDONÇA, [20--]).
- Isenção de Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis adaptados: De acordo com as Leis Federais 10.690 e 10.754, na presença de alteração parcial ou completa de algum segmento corporal, que resulte em uma deficiência física em membros inferiores e/ou superiores, e impeça o indivíduo de conduzir automóveis comuns, o mesmo pode solicitar dispensa de pagamento do IPI na compra de veículos adaptados, solicitando através de apresentação de laudo médico que explique e confirme tais

deficiências, se o requerimento for aprovado o condutor ficará isento também de pagar o Imposto sobre operações financeiras (IOF), desde que no laudo médico do Departamento de Trânsito descreva circunstanciadamente o tipo de automóvel que possa conduzir, no caso de venda, o proprietário deverá ficar ao menos dois anos na posse do carro para depois revendê-lo (VOLPE, 2006).

- Dispensa da taxa do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA): O IPVA é um imposto estadual, cobrado a cada ano, os estados individualmente possui lei própria para regulamentá-lo, para solicitar a isenção o portador da neoplasia deverá encaminhar os documentos para Secretaria da Fazenda do Estado que reside e aguardar aprovação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).
- Auxílio Doença: Quando houver necessidade do cidadão se ausentar do trabalho por motivo de doença, por um período superior de quinze dias consecutivos, ou afastamento temporário, sendo incapaz de assegurar o próprio amparo, recebe um salário benefício se registrado no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), tendo início no décimo sexto dia da ausência para funcionário, e para o restante (desempregado, trabalhador rural, aposentado, portador de necessidade especial ou contribuinte), a partir do 30º dia ou após a data do pedido de requerimento, o cidadão deve procurar a Previdência social para agendar a perícia médica, portando os documentos que certifique contribuição ao INSS e análise médica do seu estado de saúde atual (VASCONCELOS, 2004).
- Aposentadoria por Incapacidade: Garantido pela Lei 8.213 de 1991, o cidadão contribuinte a Previdência social tem direito de receber um salário-benefício para custear o cuidado diário no caso de invalidez em razão do câncer, porém ser portador de neoplasia não garante o benefício, para ter direito a receber o indivíduo deverá comprovar por meio de um laudo médico a incapacidade de trabalhar, se o mesmo estiver recebendo o auxílio-doença, este benefício será cessado e começará a receber o benefício da aposentadoria, podendo ser adicionado 25% a mais ao valor se este necessitar de amparo duradouro de outra pessoa (MENDONÇA, [20--]).
- Pensão Vitalícia: Na existência de incapacidade de sustento financeiro pelo doente ou cidadão com idade superior a 65 anos, o mesmo tem direito a um

salário mínimo recebido todo mês, para isto é preciso comprovar que a família não tenha condições de mantê-lo, através da soma do rendimento de cada ente familiar dividido pelo número de componentes dela existente, o resultado não pode ser maior a um quarto do salário mínimo, outro critério é que o idoso ou doente não pode estar vinculado a outro benefício da Previdência Social (VOLPE, 2006).

- **Passe Livre:** Tem direito a transporte coletivo gratuito, todo indivíduo portador de deficiência mental, visual, auditiva, física e portador de doença crônica que necessite de tratamento diariamente e/ou contínuo, cuja cessação provocaria exacerbação do estado clínico, cause dano à vida e tenha dificuldade de se locomover, é necessário a entrega dos seguintes documentos a empresa de transporte coletivo do Município: ficha de cadastro, cópia de documento pessoal com foto, laudo médico fornecido pelo SUS, e fotografia 3X4 (VASCONCELOS, 2004).
- **Quitamento do Financiamento da casa própria:** Em alguns casos o indivíduo acometido por uma incapacidade total ou parcial que não esteja trabalhando tem este direito, segurado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH), a quitação do imóvel no caso de falecimento ou incapacidade por doença ou acidente, no caso de doença só tem o direito se a mesma for adquirida depois de assinado o contrato de aquisição do imóvel (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

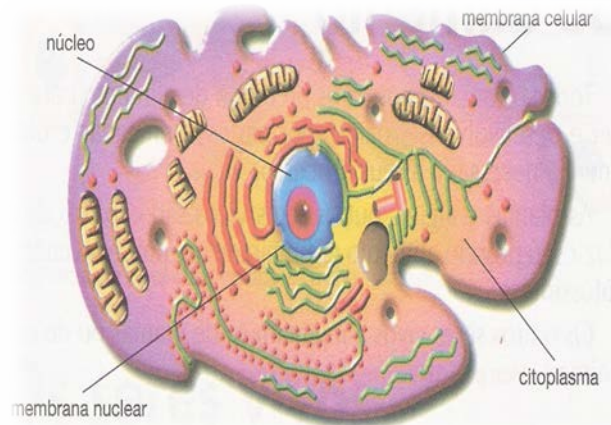
### 2.3 GENÉTICA DA CÉLULA TUMORAL

Algumas células do corpo humano ao longo da vida tem a capacidade de crescer, multiplicar e dividir-se de acordo com cada tipo de tecido, nossas células possuem informações genéticas com pré-determinação capazes de controlar esses eventos através de um complexo sistema de sinais químicos onde determina se a célula irá continuar a crescer, diferenciar-se ou entrar em estado de senescência (FERREIRA; CASTRO, 2008).

As células animais são compostas por três partes: a membrana celular, fragmento mais externo; citoplasma, liquido responsável pela densidade e aspecto das células; e o núcleo, que contém os dados genéticos, inclusive as cromossomas, constituídas

de genes, estes por sua vez estão dentro do ácido desoxirribonucleico (DNA), e é através dele que as cromossomas passam as informações para o funcionamento celular (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 20--).

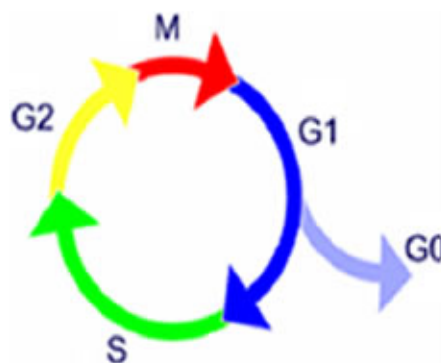
Figura 1– Célula Animal



Fonte: Ademir (2009)

A proliferação das células dá-se à medida que passam pelo ciclo celular, este possui quatro principais partes, fase M, mitose que consiste na divisão do núcleo da célula (SNUSTAD; SIMMONS. 2008), os componentes da interfase, G1, início da replicação do DNA e o fim da mitose, G0 período de repouso, fase S, síntese do DNA, e G2, continuidade da replicação do DNA (GRIFFITHS et al., 2006). A durabilidade do ciclo em células humanas normais varia de 24-48 horas, ao passo que nas células neoplásicas comumente a variação é de 72-120 horas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Figura 2 – Ciclo Celular



Fonte: Ferreira (c2013).



O DNA é uma molécula de dupla hélice responsável pela síntese de proteínas, possui fitas complementares que estão suscetíveis a erros, quando ocorre uma alteração no DNA é denominado mutação genética, conforme o local onde ocorre a alteração do genoma a célula pode ter respostas distintas: reparar o DNA por meio de uma correção, e se a proteína alterada for vital para a célula a mesma pode sofrer morte celular, se essa proteína proporcionar ganho de função, essa alteração genética vai permitir uma melhor sobrevivência da célula sendo transmitida para células descendentes, no entanto pode ter os eventos de multiplicação e divisão celulares alterados (FERREIRA; CASTRO, 2008).

O controle genético é feito por específicas classes de genes, os proto-oncogenes e os genes supressores de tumor, respectivamente um atua regulando o crescimento celular e o outro inibe o crescimento anormal, um descontrole dessas classes favorece o aparecimento de oncogênese, esse último propicia a transformação maligna e uma deficiência no mecanismo de apoptose celular (VOGEL; MOTULSKY, 2008).

Quando uma célula não exerce mais a sua função, ou é detectada alguma alteração na mesma, é ativado um mecanismo de morte celular ou apoptose, e se por algum motivo houver uma falha impedindo de ser realizada esta função, essas células poderão ter um potencial de se tornar uma célula geneticamente anormal (SNUSTAD; SIMMONS, 2008), sofrendo alterações, resultando no surgimento de células clones descendente, que irão dividir-se de forma descontrolada, imprópria e irrestrita (CAGNIN; LISTON; DUPAS, 2004).

Essa falha no controle da divisão e multiplicação prover a formação de uma massa celular, chamada de neoplasia ou tumor invadindo órgãos e tecidos, ao passo que as células normais vão sendo substituídas por células cancerosas o que foi acometido vai perdendo a sua função (JORDE et al., 2004).

Os tumores podem ser de dois tipos, benignos que são limitados e não se disseminam para tecidos vizinhos, fenômeno que recebe o nome de metástase, em contrapartida os chamados malignos tem crescimento incontrolável e são capazes de se espalhar criando metástase (BRASIL, 2010).

Em determinadas circunstâncias esses fenômenos genéticos ocasionadores do câncer acontecem nos tecidos somáticos, sendo assim não são emitidos as

gerações futuras, no entanto essas mutações podem ocorrer em células germinativas, o que resultaria na transmissão dos genes cancerígenos para a geração subsequente (DANTAS et al., 2009).

Os Fatores ambientais e o estilo de vida do indivíduo podem influenciar no aparecimento do câncer, pois com os avanços tecnológicos, estamos constantemente em contato com agentes mutagênicos, que recebem o nome de carcinógenos, os mesmos podem ser metabolizados resultando na transformação de células normais em células cancerosas (VOGEL; MOTULSKY, 2008).

## 2.4 CLASSIFICAÇÃO E NOMENCLATURA

Existem variados tipos de desenvolvimento celular, os controlados e não controlados, a metaplasia, displasia e hiperplasia são amostras de desenvolvimento controlados, as neoplasias equivalem a condição de desenvolvimento não controlados. A metaplasia é uma etapa proliferativa de reparação, onde o tecido produzido é de tipo diferente do legítimo, comumente certifica proteção superior aos tecidos. Considerada uma lesão pré-neoplásica, a displasia é uma condição de aumento celular, que acomete células epiteliais, designada por desaparecimento da polaridade, modificações no aspecto e tamanho, além de aparecimento constante de mitoses, também é reversível (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

A hiperplasia refere-se a um acréscimo local e limitado na quantidade de célula de um tecido ou órgão, pode apresentar-se de dois tipos, patológico ou fisiológico, na condição fisiológica o aumento das células nos tecidos, é incitado para acolher as necessidades comuns do organismo, no estado patológico um estímulo exagerado induz a proliferação, ambos são processos reversíveis quando é interrompido o estímulo que os ocasiona (KUMAR et al., 2010). A neoplasia é uma multiplicação anormal do tecido, que escapa parcialmente ou totalmente do domínio do organismo, que tende ter autocontrole e prolonga-se, resultando em consequências maléficas ao portador (BRASIL, 2010).

É importante a biopsia para saber qual tipo de tecido histológico acometido, verificar nódulos e lesões glandulares, adquirir diagnóstico anatomopatológico e citológico, após diagnosticar anatomopatologicamente e topograficamente o tumor maligno, inicia-se a investigação da extensão para elaborar um plano de tratamento, em

seguida classifica a neoplasia através dos dados obtidos na avaliação, exames de imagem e laudo anatomopatológico com objetivo de direcionar o tratamento e citar o prognóstico (LOPES; AGUIAR JUNIOR, 2008).

A classificação do câncer é feita através do comportamento biológico e histogenia, conforme o comportamento biológico os tumores podem ser separados em benigno, maligno e limítrofe, para diferenciar cada uma dessas lesões e chegar a um diagnóstico fidedigno, é utilizada avaliação morfológica (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008):

- Encapsulação: Os tumores benignos normalmente não possuem capsulas autenticas, e sim pseudocápsulas fibrosas criadas em consequência da força compressiva nos tecidos adjacentes pelo crescimento vagaroso, e expansível do tecido neoplásico, entretanto os do tipo maligno possuem desenvolvimento acelerado, sem organização, infiltrativo no tecido não permitindo composição de pseudocápsulas (BRASIL, 2010).
- Crescimento: Os tumores como todo elemento orgânico, também possuem parênquima que é a parte composta por células originais do órgão, e estroma fração que fornece nutrição e sustentação ao parênquima. As neoplasias benignas constantemente apresenta crescimento vagaroso e expansível tendo um estroma correto, apresentando boa suplementação vascular, e esporadicamente exibindo hemorragia e necrose. Em controvérsia os tumores malignos pela ligeireza, ausência de organização, infiltração nos tecidos, e elevado índice de propagação celular, comumente exibem uma alta desigualdade em relação ao parênquima do tumor e o estroma vascular, assim ocorre com frequência necrose e hemorragia na área tumoral (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).
- Morfologia: O parênquima tumoral exprime categorias diferenciadas de células. Em relação aos tumores benignos, são análogas e exibem aparência do tecido original, são designadas diferenciadas. Contudo, as células malignas abortaram estas propriedades, possuem abundantes graus de diferenciação, ou seja, retém baixa aparência com as células originais, designadas insuficientemente diferenciadas. Quando examinado seus aspectos ao microscópio, observam-se modificações em membrana celular,

citoplasma atípico, núcleos com diversidade de tamanho, forma e cromatismo (BRASIL, 2010).

- Mitoses: A quantidade de mitoses exibe a execução da divisão celular, nas neoplasias benignas são esporádicas com aparência típica, ao passo que nos tumores malignos, são em maiores quantidades e possuem aspecto atípico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).
- Antigenicidade: Nos tumores benignos, as células por serem diferentes, não possuem a propriedade de gerarem antígenos, ao contrário das células tumorais malignas, não muito diferenciadas, possuem este mecanismo de produção, esses antígenos podem ser utilizados no diagnóstico de algumas neoplasias (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).
- Metástase: A metástase são implantações neoplásicas sem continuidade do tumor primário, característica única das neoplasias malignas, ou seja, são ausentes em tumores benignos, a capacidade infiltrativa dos tumores malignos, facilita a penetração nos vasos sanguíneos, cavidades corporais e sistema linfático, favorecendo a disseminação (KUMAR et al., 2010).

#### 2.4.1 Nomenclatura

A denominação dos tumores é fundamentada na sua histopatologia e histogênese (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Figura 3 – Histogênese dos tecidos



Fonte: Brasil, (2010).

A terminologia é ligada ao tipo de tecido que lhe originou, a regra para os tumores benignos é agregar o sufixo “oma” a expressão que assinala o tecido de origem. Com relação aos tumores malignos, é essencial considerar a naturalidade embrionária dos tecidos, que provém da neoplasia, para se conseguir empregar as normas de nomenclatura (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

#### **2.4.2 Estadiamento das neoplasias malignas**

Este procedimento é útil e tem o propósito de fornecer explicação do comprometimento que o câncer fornece ao corpo do paciente, e qual área está localizada, caracterizando-se de duas maneiras: estadiamento patológico e estadiamento clínico. O primeiro é baseado depois do procedimento cirúrgico, e de examinar a biópsia extraída do paciente, e o segundo baseia-se nos resultados das análises clínicas (LOURENÇO et al., 2007).

O estadiamento facilita a descrever a dissipação ou amplitude da patologia, na ocasião do diagnóstico. É apontado como importante na decisão da seleção da terapia, e análise prognóstica. O entendimento da fisiopatologia das neoplasias conduziu a União Internacional Contra o Câncer (UICC), a elaborar um sistema de estadiamento que possibilitasse catalogar o avanço dos tumores malignos, baseando na avaliação da extensão do tumor primário (T), dimensão da dissipação em linfonodos regionais (N), e existência ou não de metástase à distância (M), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Cada grupo do estadiamento clínico expressa variadas subcategorias: relacionada ao tumor primitivo, vai de T1 a T4; para o envolvimento do sistema linfático, de N0 a N3; e para existência de metástases, de M0 a M1, em algumas ocasiões certos tumores obrigatoriamente, não são marcados no grupo T ou N. A associação das variadas categorias de T, N, M, caracteriza os estádios clínicos, que podem diversificar entre I e IV frequentemente, visto porque, alguns casos só possuem classificação em três estádios. O estadiamento patológico pode combinar ou não com o estadiamento clínico, e não é cabível a todas neoplasias malignas, porém em

determinados casos é o único possível, antes das siglas T, N, M é acrescentado a letra p em minúsculo (BRASIL, 2010).

## 2.5 TRATAMENTOS DO CÂNCER

De acordo com os dados do INCA estima-se que por ano mais de sete milhões de pessoas morrem da doença, “[...] Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no Brasil, as estimativas para o biênio 2012/2013 apontam uma incidência de câncer de 257.870 casos para o sexo masculino e 260.640 casos para o sexo feminino [...]” (PASTORE; OEHLSCHLAEGER; GONZALEZ, 2013,p. 43).

O diagnóstico precoce auxilia na eficácia do tratamento, os sintomas clínicos apresentados podem decorrer da doença apresentada, decorrente de interferências no próprio tratamento ou associadas a doenças pré-existentes, os sintomas mais apresentados por pacientes com câncer são alterações gastrointestinais, pulmonares, osteomioarticulares, e circulatórias (CAPONERO; SANTOS; NAYLOR, 2004). Os tratamentos mais comumente utilizados são a radioterapia, quimioterapia, e cirurgia (UNTURA; REZENDE, 2012).

### 2.5.1 Quimioterapia

A quimioterapia é um potente tratamento curativo capaz de acabar com as células tumorais, porém provoca sintomas colaterais, que são indesejáveis, pois as drogas administradas possuem consequência tóxica nos sistemas do corpo humano, além desse efeito, ocorre uma alteração na função cognitiva de pacientes pós-tratamento, funções essas descritas como a comunicação, raciocínio, aquisição, imaginação, memória, aptidão, atenção, e cálculo, sendo baseadas na relação individual e do modo que o indivíduo vive, essas alterações repercute de forma direta nas relações e na qualidade de vida (UNTURA; REZENDE, 2012).

Os medicamentos administrados mesmo em uma pequena dose possuem a capacidade de atravessarem o limite hematoencefálico, provocando um crescente aumento da morte celular, decrescendo o número de divisões celulares no hipocampo, dessa forma seria necessário um reparo neuronal através da

plasticidade, e desenvolvimento dos axônios e dendritos, no entanto este mecanismo encontra-se diminuído, além disso, são capazes também de lesar o DNA, pois ocorre uma estafa oxidativa muito grande, acompanhados da deficiência da reparação do DNA, a dopamina responsável por funções da memória estará alterada, devido a alteração na enzima que a metaboliza, os níveis hormonais de testosterona e estrogênio estarão modificados, ambos possuem funções antioxidativas, dessa forma todas essas deficiências contribuem para que a funcionalidade cognitiva esteja alterada (UNTURA; REZENDE, 2012).

Os sintomas de náuseas e vômitos são comuns em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, devido a toxicidade gastrointestinal, principalmente medicamentos que contém a cisplatina, a náusea é a percepção desagradável que provoca um mal-estar (TONEZZER et al., 2012). A sensação de náusea equivale à primeira etapa da êmese, o estômago repousa, cessa o fluxo do ácido gástrico, esta é denominada fase de pré-ejeção, no respectivo momento, a pressão intratorácica decresce, ao passo que a pressão intra-abdominal torna-se maior, posteriormente tem início a fase de ejeção acontece rítmicas contrações abdominais e diafragmáticas, ambas as pressões abdominais e torácicas igualam-se, compactando o estômago impelindo seu conteúdo por meio da boca e nariz (CARVALHO, 2004).

O vômito pode ser estimulado por variados agentes: trauma, excesso de movimentação, ingestão de líquido tóxico ou por reações colaterais de drogas. No bulbo existe área uma chamada postrema, é uma região circunventricular situada no quarto ventrículo, nessa área está situada uma zona quimiorreceptora, sensível a agentes presentes na circulação sanguínea que promove o vômito (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2011). Independente da etiologia, esse sintoma poderá dificultar a ingestão adequada de alimentos e nutrientes essenciais. A avaliação da qualidade de vida dos pacientes tem sido utilizada constantemente para verificar se o tratamento está surtindo efeito, e se está sendo tolerado pelo o mesmo (SAWADA et al., 2009).

A quimioterapia também pode ser utilizada, de modo paliativo para amenizar sinais e sintomas, que implica negativamente na aptidão funcional do enfermo, todavia obrigatoriamente sua utilização não terá finalidade a respeito da sobrevida do paciente, tendo prazo limitado (BRASIL, 2010).

### **2.5.2 Radioterapia**

Outra modalidade de tratamento é a radioterapia, que emprega radiações ionizantes podendo ser utilizada de maneira isolada ou associada, possui controle local combatendo as células tumorais impedindo os eventos celulares, induzindo-as para a morte celular, pois ocorre uma alteração macromolecular das funções vitais, cada tipo de neoplasia recebe uma dose específica, dependendo da finalidade curativa ou paliativa (SAWADA; DIAS; ZAGO, 2006).

A radioterapia em finalidade paliativa tem intenção de tratar o tumor primário, sem induzir no acréscimo de sobrevida do paciente, comumente a dose empregada é menor, que a fração máxima consentida para o local, a menos que empregada isoladamente (BRASIL, 2010).

Os efeitos colaterais dependem da dose, do local onde está acontecendo a irradiação, idade e estado do paciente, sintomas agudos acontecem durante o tratamento, sendo alguns reversíveis, quando é grave ocorre a interrupção do tratamento, por isso o paciente é rigorosamente acompanhado para obtenção de um resultado terapêutico eficiente, sintomas tardios envolvem alterações da maleabilidade tecidual, crescimento e desenvolvimento anormal (BARBIERI; NOVAES, 2008).

### **2.5.3 Cirurgia**

A cirurgia seria o método de retirada do tumor primário e da margem de segurança dependente do tipo de tecido histológico do tumor e da localização, deve ser feito um diagnóstico macroscópico e microscópico do tumor maligno. A avaliação do paciente é essencial para colher sua história, exame físico, exames complementares, exame locorregional, objetivando verificar fatores de risco (LOPES; AGUIAR JUNIOR, 2008).

Outra modalidade de cirurgia seria a de intenção paliativa. A explicação de cirurgia paliativa é bastante versátil e depende do que o médico cirurgião avalia que a mesma seja; estes aplicam a terminologia em variadas circunstâncias: para relatar a cirurgia que não originou os sintomas, ou seja, a finalidade da mesma é a analgesia da sintomatologia ou das dificuldades da progressão da patologia de base; para



neoplasia que exibe resíduos presentes, visualizados em microscópico ou não; para patologias recidivante ou persistente (ALCÂNTARA, 2008).

O método é efetuado na proporção que as necessidades e sintomas começam a se apresentar, na assistência paliativa os benefícios na sobrevida não admitem perigos supérfluos em mortalidade e morbidade. O indicado é que o cirurgião não realize qualquer método, que resulte negativamente na qualidade de vida do paciente, para satisfazer o anseio em expor resultados (ALCÂNTARA, 2008).

#### **2.5.4 Antibioticoterapia**

As mudanças nos resultados de análises laboratoriais são habituais, em pacientes oncológicos avançados, sendo comum encontrar leucocitose com desvio a esquerda e bacteriúria, no entanto para iniciar esse método terapêutico, é necessário o paciente exibir sintomatologia, assim o mesmo irá se favorecido com o procedimento. Sempre que houver possibilidades, e ainda assim é recomendável, colher material de cultura, com o propósito de analisar a quantidade de agrupamento bacteriano, e instaurar o tratamento adequado, a avaliação de um resultado eficiente para o tratamento designado, depende especialmente da reação clínica, além da reação laboratorial distinta (MOTTA, 2009).

#### **2.5.5 Imunoterapia**

Anticorpos são proteínas elaboradas por linfócitos B, esta produção acontece de maneira natural como componente do sistema imune apropriado pela identificação de antígenos. Eles reagem no combate de patógenos estranhos, células que o sistema identifica como anormal, ou corpos invasores, contudo, a multiplicação de células tumorais pode acontecer naturalmente, sem que exista interferência de anticorpos, isso pode ocorrer por que algumas proteínas neoplásicas não distinguidas imunogênicas (GUIMARÃES; SILVA; RANGEL, 2008).

A imunoterapia vem sendo um importante método terapêutico para pacientes terminais, devido à pequena taxa de toxicidade. O tratamento é baseado em reconhecer células neoplásicas, estimulando e fortalecendo a produção de anticorpos, administrados em combate aos antígenos neoplásicos, habitualmente é

apontada como adjuvante aos outros tratamentos no combate a neoplasia (GUIMARÃES; SILVA; RANGEL, 2008).

### **2.5.6 Hormonioterapia**

Certos tumores podem necessitar de estímulo de hormônios para se desenvolverem, como por exemplo, o câncer de colo de útero, próstata e mama. A hormonioterapia é um método terapêutico que emprega um novo hormônio, que terá finalidade bloqueadora da ação ou supressão do primeiro estimulador de neoplasias, pode ser executada por dois tipos, medicamentosa (administrada por via oral, subcutânea intramuscular), ou cirúrgica (LEAL; CUBERO; GIGLIO, 2010).

Esporadicamente tem intenção curativa, com predomínio paliativo, quando administrada como único recurso terapêutico, comumente é utilizada associada à outra modalidade terapêutica, seja quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, a indicação irá variar de acordo com as condições clínicas, idade e planejamento terapêutico. Da mesma maneira, que as demais modalidades, os hormônios utilizados na assistência da neoplasia, irão apresentar efeitos indesejáveis, pois exercem efeito sistêmico no organismo, combatendo tanto as células tumorais, quanto as normais (LEAL; CUBERO; GIGLIO, 2010).

### **2.5.7 Sedação Paliativa**

A sedação paliativa é uma opção de tratamento, onde ocorre administração farmacológica de drogas, que decresce o nível de consciência, realizada com a permissão do enfermo ou do responsável, com a finalidade de aliviar os sintomas apresentados, pois nessa fase avançada o paciente apresenta diversos sintomas de dimensão física, espiritual e/ou psicossocial, interferindo diretamente na qualidade de vida do mesmo, cada enfermo possui uma dose e tipo específico de fármaco para fornecer analgesia dos sintomas refratários. (KIRA, 2009).

## 2.6 SINTOMATOLOGIA

### 2.6.1 Dor oncológica

A dor é um dos principais sintomas apresentados, cada pessoa sente e a interpreta de maneira subjetiva, o controle da mesma é importante para tornar melhor a qualidade de vida desses pacientes em fase terminal, nesse caso faz-se necessário a administração de tratamento farmacológico obrigatório, embora existam outros meios de intervenção para alívio do sintoma. A confiança que o profissional da saúde passa para o paciente faz com que o indivíduo demonstre de forma objetiva o que está sentindo, na certeza de que o sintoma será tratado (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

Discernir a base neural da dor é essencial para planejar um tratamento adequado, ela pode ser classificada em: Dor nociceptiva, as vias nociceptivas permanecem íntegra, sendo acionadas por nociceptores teciduais profundos ou cutâneos; Dor neuropática, ocorre na presença de modificações nas vias nociceptivas, acarretando lesão no trato neoespinal ou no sistema nervoso periférico, possuem aspectos diversos e pode ser ilustrada como sensação de queimação, choque, espinhos ou facadas. Pode ser provocada por estímulo tátil, comumente irradiando-se; Dor mista, normalmente identificada em pacientes oncológicos, devido ao desenvolvimento tumoral, que pode levar a uma inflamação, comprimir e destruir estruturas, causando dores de múltiplos aspectos (ARANTES; MACIEL, 2008).

Esse sintoma não depende somente da quantidade de tecido lesado, podem ser decorrente de alguma interferência no tratamento, por metástases ósseas, lesões neurais periféricas provocadas pelo tumor e pelos aspectos emocionais que podem influenciar na interpretação do que está sentindo. Com a progressão da doença o paciente se depara com grandes perdas, perda do estilo e qualidade de vida, e perda das expectativas (MOTTA, 2009).

Os medicamentos mais utilizados para o controle da dor são os não-opiáceos, opióide, opiáceos, apesar de eficazes apresentam efeitos colaterais como sangramento, devido à inibição do agremamento das plaquetas, edema, pois retêm água e sódio, a absorção contínua pode causar constipação intestinal, a administração desses medicamentos não é o único fator, pois pacientes em estado

avançados não se alimentam bem, dessa forma possuem uma carência nutricional muito grande (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DOS ESTADOS UNIDOS, [20--]).

### **2.6.2 Caquexia**

Essa deficiência nutricional associada que indivíduos em fase terminal, normalmente permanecem a maior parte do tempo acamados, resulta em alterações musculoesqueléticas, como a Caquexia, que se apresenta como uma diminuição do tecido muscular esquelético, causando uma dependência funcional ao paciente, e essa dificuldade em executar as tarefas do dia-a-dia vai fazendo com que haja uma perda da força muscular geral, sendo importante uma avaliação diária da força e da massa muscular, evoluindo para o sintoma de fadiga muscular, que é uma sensação de cansaço. (PASTORE; OEHLSCHLAEGER; GONZALEZ, 2013).

### **2.6.3 Lesões cutâneas**

As células cancerosas podem penetrar as camadas da pele, originando lesões neoplásicas, as mesmas podem originar úlceras, muitas vezes deformando o paciente, possuem odor pútrido, e progressivamente provocam sensações algícas, além disso, afetam o estado psicológico do indivíduo. Se o câncer estiver no início existe possibilidade de recuperação, se estiver em fase avançada o tratamento paliativo é um recurso terapêutico importante, na busca de diminuir o sofrimento psicológico e físico do paciente (AGRA et al, 2013).

### **2.6.5 Constipação Intestinal**

Existem várias etiologias para o sintoma de constipação em pacientes oncológicos finais, dentre as existentes a mais comum é relacionada aos efeitos adversos dos medicamentos opióides, definida por eventos de árduas e dolorosas evacuações, esse tipo de medicamento influencia diretamente na mobilidade intestinal, através do decréscimo da função impulsora e neural, resultando em atraso do transito intestinal, e redução do peristaltismo do intestino, a absorção desses medicamentos ao longo

do tempo deixam as fezes ressecadas e duras, causando a constipação intestinal, provocando desconforto e dor (HATANAKA, 2009).

### **2.6.6 Dispneia**

O sintoma de dispneia pode ser compreendido como uma sensação importuna da respiração, e seu grau de proporção é variado em cada pessoa, é um dos sintomas mais comuns na fase final da vida, pode ter etiologia sistêmica ou cardiopulmonar local, com consequência devido a três modificações fisiológicas, acréscimo do emprenho respiratório para sobrepujar alguma imperfeição mecânica, ampliação de fibras musculares para preservar funcionamento adequado, e acréscimo da ventilação (MEIRELES; SERA, 2008).

## **2.7 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

A prática de cuidados paliativos vem desde o século V, onde Fabíola discípula de São Jerônimo cuidava de viajeros no hospício do Porto de Roma. Esses hospícios medievais muitas vezes eram instituições de caridades que abrigavam peregrinos e doentes, nessa época o cuidado era leigo e sem fins lucrativos (MATSUMOTO, 2009).

O século XIX foi cenário de diversos acontecimentos que contribuíram para o desenvolvimento da atenção a doente em fase terminal. Em 1841 Jeanne Garnier, púbere, viúva, foi fundadora do “[...] L’Association des Dames Du Calvaire em Lyon[...]” (PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 492), que em 1843 abriu um lar onde cuidava dos doentes terminais, sua chefia levou a criação de outras instituições (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Em 1834, Mary Aikenhead foi uma das criadoras das Irmãs Irlandesas da Caridade e principal coautora da instalação do St. Vincent Hospital, depois de longos anos sendo portadora de doença crônica, falece em 1958, e o convento onde passou os momentos decisivos de vida, deu origem ao Our lady’s Hospice, dando assistência aos doentes terminais. Futuramente abriram outros hospícios, na Escócia, Austrália e na Inglaterra, o St. Joseph’s Hospice. No final do século XX, Rose Hawthorne após ficar viúva tornou-se religiosa Madre Afonsa, fundando as Irmãs Dominicanas de

Hawthorne, e inauguraram em Manhattan o St. Rose's Hospice, e em outras cidades dos Estados Unidos (EUA), (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

A atividade a princípio executada no St. Joseph's Hospice, pela assistente social e enfermeira Cicely Saunders, inovou o conceito de atenção a terminalidade da vida, através da amabilidade de escutar de forma humanizada o desabafo dos pacientes, do sofrimento e da doença, elucidando a ideia de dor absoluta. Esse conceito da dor englobou além do aspecto físico, o aspecto emocional, social e espiritual, totalizando o paciente como um todo (GUIMARÃES, 2009).

Em meados do século XX, em Londres Cicely Saunders foi trabalhar no St. Lukes' Home atendendo pacientes em estado terminal. Inconformada com o sofrimento dos doentes, se formou em medicina aos 40 anos de idade se dedicando a pesquisa de recursos que aliviassem as dores desses pacientes, depois de pesquisar, ela inseriu o conceito, que poderia ser feito a introdução de morfina de maneira oral, como método preventivo e regular, ou seja, ao invés de aguardar o processo alérgico começar, para depois diminuí-lo. A alteração foi bem aceita, visto que, os pacientes permaneciam com ausência de dor e conscientes (GUIMARÃES, 2009).

Cicely fundou o St. Christhofer Hospice em Londres no ano de 1967, sendo o primeiro Hospice com cuidado humanizado com ensino e pesquisa clínica, no ano de 1970 em um encontro com a psiquiatra Elizabeth Kluber-Ross fez crescer nos Estados Unidos o movimento hospice, sendo fundado em 1975 o Connecticut primeiro hospice americano (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Elizabeth Kluber-Ross auxiliou como voluntária numa equipe de paz, que reestabelecia escolas no fim da guerra mundial, em Majdanek. Em uma área de concentração percebeu os desenhos feitos por crianças que aguardavam o óbito, seus últimos comunicados, começou a estudar sobre morte nos EUA, onde em 1969 publicou um livro que gerou muita polêmica: *Morte Estágio Final da Evolução*, que a fez alcançar a fama. Sua composição literária descreve a forma como o paciente enfrenta o fim próximo, formas de enfrentamento, o comportamento de familiares e amigos, e as fases da morte. Elizabeth não se importava com a fama, e assim como Cicely seu objetivo era fornecer assistência aos pacientes e familiares, escutando-os e aliviando o sofrimento (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

A assistência paliativa no Brasil começou no ano de 1980, com progresso significativo do ano 2000 em diante, com estabilização das atividades existentes, dando origem a outros serviços (MATSUMOTO, 2009). Foi criada em 1982 pelo comitê de câncer e pela organização mundial da saúde (OMS), políticas que tinham por objetivo cuidar dos pacientes oncológicos, principalmente no alívio da dor, sendo recomendado a todos os países. A primeira descrição de cuidados paliativos foi publicada pela organização mundial da saúde em 1990, porém para abranger a assistência paliativa e ampliar seus conceitos a todas as doenças o mais breve possível, essa definição foi modificada em 2002, atualmente conforme a OMS, cuidado paliativo é definido como (MACIEL, 2008):

[...] uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2009, p. 16).

## 2.8 ASSISTÊNCIA PALIATIVA A DOENTES EM FASE TERMINAL

Com o decorrer dos anos presenciamos o envelhecimento gradativo da população em geral, do mesmo modo que, o predomínio de câncer e demais doenças crônicas (MATSUMOTO, 2009). Entretanto com os avanços da tecnologia vem se criando possibilidades na área médica, de combater patologias potentes e maléficas, no entanto, frequentemente em alguns tratamentos não ocorre evolução do quadro clínico, tornando o fim da vida próximo, e esporadicamente os hospitais estão prontos para cuidar e tratar do sofrimento do paciente e dos familiares (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Assimilar a perda em um local onde a preponderância é a cura, e a prevenção é pouco discutida, tampouco confrontada, pode levar ao diagnóstico tardio e abordagem terapêutica demorada. Amparar o portador de patologia evoluída e maléfica, bem como seus familiares, em uma ocasião delicada da vida é exemplo de atenção à saúde, que vem sendo designado cuidado paliativo (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Após a definição da OMS (2002 apud MATSUMOTO, 2009), os cuidados paliativos possuem os seguintes princípios: Estimular analgesia e da sintomatologia; Atestar a vida encarando o falecimento como processo natural; Nem retardar, nem adiar o

óbito, enfatizando os momentos que ainda podem ser vividos; Abordar o paciente como um todo, não só o aspecto físico, mas também psicológico, social e espiritual; Proporcionar apoio ao paciente até a morte; Incluir a família na abordagem, fornecendo assistência durante a patologia e o luto; Incluir assistência multiprofissional; Aprimorar a qualidade de vida; Buscar fornecer assistência o mais precoce possível, após o diagnóstico da patologia, fornecendo intervenções, e investigando o controle dos sintomas (MATSUMOTO, 2009).

Em alguns casos, pacientes procuram atendimento já com a enfermidade em etapa adiantada, quando não há mais chance de remissão, devendo receber atendimento de acordo com a evolução que está à doença. No ano de 1993 especialistas do Hospital Erasto Gaertner organizaram uma equipe chamada Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico (GISTO), eles assumiram a incumbência de fornecer assistência aos pacientes terminais, concedendo terapia paliativa especializada (GANDIN; PAULILO, 2004).

Atualmente o atendimento é realizado através do encaminhamento médico ao GISTO, por meio de uma solicitação de consulta, depois de encerradas todas alternativas de tratamentos curativos para o caso, acompanhado de um curto parecer no prontuário, descrevendo o porquê do diagnóstico de paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Atuais (FPTA), a família é comunicada acerca do procedimento realizado e da assistência feita pelo GISTO, posteriormente a equipe irá avaliar cada ocorrência, encaminhando o paciente para melhor maneira de atendimento ofertada: Ambulatorial, Hospitalar ou Domiciliar (GANDIN; PAULILO, 2004).

Assistência ambulatorial: Destinada aos indivíduos que exibem estado clínico razoável, bom nível econômico, e possibilidade de ter acompanhante nas visitas periódicas ao hospital, as consultas são programadas de acordo com a intensidade e gravidade dos sintomas; Assistência hospitalar: É garantida para pacientes cuja sintomatologia apresenta difícil controle, ou possua graves problemas espirituais, sociais, e/ou psicológicos, que necessita de cuidados diários da equipe; Assistência Domiciliar: Destinada aos indivíduos que não apresentam possibilidades de se locomoverem até o hospital, permanecendo em seu domicílio com seus entes familiares, obtendo cuidados indispensáveis através das recomendações e apoio dos profissionais (HOSPITAL ERASTO GAERTNER, [201-]).



Na atualidade acredita-se que haja por volta de 40 unidades de assistência paliativa distribuídas no Brasil, uma grande parte operando meramente em ambulatórios e Home Care. Acessibilidade de leitos especializados é pequena e limitada, a amplos centros distribuídos em Brasília, Fortaleza, Rio de Janeiro, Barretos, São Paulo, Campinas, Curitiba, Porto Alegre e Manaus (MACIEL et al, 2006).

No país, o envelhecimento, o acréscimo da incidência do câncer, a emergência na síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), tonam os enfermos que necessitam de cuidados paliativos um amplo problema de colisão social, resultando em importantes questões de saúde pública. O Brasil, ainda não possui estrutura suficiente às demandas existentes, tanto no conceito quantitativo, como no qualitativo. Esse contexto aponta a urgente necessidade em conhecer as noções primordiais de cuidados paliativos, do mesmo modo que a realização de iniciativas para instaurar políticas de saúde direcionadas aos doentes terminais (MACIEL et al, 2006).

O paciente que possui uma determinada doença, cuja mesma não responde mais a assistência curativa, recebe o nome de “terminal”, observando esse termo parece que nada mais pode ser feito por ele, mas apesar de estar em fase terminal ainda é um ser vivo, que precisa de cuidados especiais, devendo os profissionais de saúde proporcionar em uma qualidade de vida e conforto até o falecimento (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Pacientes oncológicos terminais, enfrentam concomitantemente numerosos desafios e sintomas: dor, dispneia, fadiga, alteração de cognição, ausência de apetite, entre outros. No exercício da abordagem paliativa é habitual os pacientes exibirem múltiplos sintomas, proveniente do avanço da doença ou do tratamento, dessa forma é relevante analisar e monitorar corretamente as conveniências de auxílio aos enfermos, que estão em procedimento paliativo, a fim de que tal assistência seja realizada apropriadamente, todavia uma análise ampla propicia a prescrição de métodos mais eficientes (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Eliminar o conceito de morte como derrota, e fornecer assistência para aperfeiçoar o cuidado, sem pretender a cura, é o trajeto a ser trilhado por todos profissionais de saúde. Empregar escalas de assistência, é uma das estratégias aplicadas, a fim de conceder um auxílio diferenciado a todos pacientes. A partir da pontuação apresentada as escalas possibilitam documentar e quantificar a demanda de

intervenções, analisando e julgando a necessidade de outras ações (MONTEIRO; KRUSE; ALMEIDA, 2010).

Os pacientes diagnosticados como FPTA, se aglomeram em hospitais, recebendo auxílio inadequado, constantemente no objetivo de recuperação, empregando recursos invasivos e de elevada tecnologia. Essas assistências muitas vezes são excessivas e dispensáveis, desconsiderando o desgosto humano e por desconhecimento não tratam os sintomas predominantes. Não significa ser contrário a tecnologia, mas deve-se abordar de maneira humanista, assim demonstra a importância do cuidado paliativo (MATSUMOTO, 2009).

Dentre todas as doenças crônicas que ameacem a terminalidade da vida, o contato com diagnóstico do câncer é extremamente difícil para o paciente, impactando de forma negativa no cotidiano do indivíduo, pois se cria uma desesperança em relação ao futuro (SILVA; HORTALE, 2006). Se no decorrer do tratamento curativo não houver evolução do quadro clínico do paciente, não se deve desistir de cuidar do mesmo só por que não é possível a cura da doença, dessa forma o cuidado vai ser através da intenção paliativa que tem por objetivo aliviar o sofrimento desses pacientes promovendo uma qualidade de vida até a morte (KURASHIMA; CAMARGO, 2008).

Cuidados paliativos são procedimentos adotados com abordagem humanista e integrada a paciente em específicas situações clínicas, onde não há mais regressão do quadro clínico da doença, ou seja, sem a possibilidade de cura, esse método terapêutico busca aliviar e reduzir a sintomatologia apresentada, o bem-estar do paciente e dos familiares, diminuir a dor e o sofrimento garantindo a qualidade de vida até a morte. Abrange um arsenal de doenças, as neoplasias, doenças neurais motoras, distúrbios psicológicos, AIDS, entre outras (CAPONERO; SANTOS; NAYLOR, 2004).

Essa modalidade de tratamento é feita através da prevenção, avaliação precoce, diagnóstico correto, assistência da dor, adversidade espiritual, psicossocial e física, sendo importante abordar o paciente como um todo. Tem indicação a todo paciente portador de doença crônico-degenerativa, com objetivo de amenizar as necessidades, não o diagnóstico, apesar da evolução da doença. As condutas devem ser executadas em todos os níveis de atenção à saúde, colaborando para

melhor administração dos sintomas, favorecendo uma sobrevida com o máximo de qualidade possível (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Quando lemos a definição de cuidados paliativos podemos sugerir que ele inicia assim que finaliza o tratamento curativo, mas o objetivo principal é propiciar uma melhor qualidade de vida ao doente e a família, muitas características incluídas no cuidado, focalizadas no conforto, são aplicadas no começo da doença que traz risco de vida, associadas ao tratamento curativo. Porém o significado de cuidados paliativos, as assistências inclusas no mesmo e os profissionais que realizam estão evoluindo de modo contínuo (KURASHIMA; CAMARGO, 2008).

De acordo com que recomenda a OMS, os cuidados paliativos devem começar o mais breve possível, com início assim que reconhecida a presença de uma patologia eminente, em alguns casos este método não é possível, se tornando desnecessário. Contudo o aconselhável é que toda atividade existente, para auxiliar pacientes suscetíveis a inserção fiquem prontos, deste modo facilita, em qualquer instante uma assistência paliativa, em conformidade com que o doente precisa (MACIEL et al., 2006).

Não busca abreviar a vida, nem retarda-la, desta forma os médicos devem julgar se há necessidade de continuar tratamentos desnecessários e onerosos ao paciente. No caso de pacientes oncológicos em fase final é muito útil, pois dá assistência até o último momento aceitando o falecimento como um processo natural, do mesmo modo deverá ser respeitada a autonomia do paciente em recusar a assistência, apesar da morte ser aceita de forma natural a realização de suicídio assistido e eutanásia não estão inclusos na abordagem paliativa (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

O critério para incluir um paciente na abordagem paliativa, é a compreensão de ainda que submetido a tratamento curativo, haja manifestações clínicas e aflição que impliquem negativamente em sua vida, necessitando de ser assegurado com eficiência por uma equipe competente. O indivíduo portador de tumor em etapa avançada, expressa múltiplos sintomas, resultando em menor qualidade de vida, o excesso de sentimento, e associação de fatores sociais, físicos, espirituais, e psicológicos no momento final da vida, assim como a inclusão direta da família, impõe a assistência multiprofissional, agregando a família do enfermo, profissionais da saúde especializados e com treinamento diferenciado (MACIEL et al., 2006).

Ainda não existem serviços e profissionais disponíveis que possam operar esse atendimento, pela existência de adversidade de analisar e auxiliar, instituíram critérios de recomendações para os cuidados paliativos, fundamentado na chance de prescrever para aqueles indivíduos que atenuaram as alternativas de tratamento, conservação, e prorrogação da vida. Um dos métodos questionados é o prognóstico do período de vida do indivíduo, o limite indicado seria menor ou igual seis meses de expectativa de vida. Um dos utensílios para avaliar o prognóstico é através da capacidade funcional do paciente, no entanto a mesma pode estar associada ao sofrimento intenso, que se não tratado e avaliado corretamente não garante autenticidade a análise do prognóstico (ARANTES, 2009).

A equipe multidisciplinar pode ser constituída por enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnico de enfermagem (CAPONERO; SANTOS; NAYLOR, 2004), sendo importante a integração de agentes de saúde, conselheiros espirituais, líderes comunitários, e voluntários, deste modo cada profissional terá sua área de atuação, seguindo princípios éticos que se baseia na autonomia do indivíduo (SILVA; KRUSE, 2012).

A assistência multidisciplinar é importante para o cuidado paliativo, porque demonstra que nenhum profissional individualmente consegue abordar todas as características envolvidas do tratamento a pacientes terminais, o que evidencia a relevância da atividade coletiva, consentindo na união de aptidões, para propiciar uma assistência total. Os profissionais devem compreender as circunstâncias humanas, aprender a se comunicarem com o paciente e permitir que o mesmo se comunique, pois esta é uma forma de apaziguar o sentimento de abandono, e proporciona uma sensação de autoridade sobre a situação vivenciada (REIS JÚNIOR; REIS, 2007).

A atividade em equipe ligada ao foco de extinção da dor e sintomas, a aplicação correta de habilidades de conversação e a convivência interpessoal integram a tríade fundamental para suportar os cuidados paliativos. A convivência humana permite a emissão de mensagens, através da linguagem verbal e não verbal, o entendimento de estratégias ou técnicas de comunicação interpessoal que simplifique a relação mútua, e transmita compaixão, conforto e atenção, deve ser conhecidas por todo profissional da saúde, uma vez que convivem com o fim da vida (ARAÚJO; SILVA 2012).

O convívio precoce com equipe faz com que o paciente adquira confiança no profissional da saúde, demonstrando de forma objetiva o que está sentindo, na certeza de que o sintoma será tratado (KIPPER, 2009). Assim que o tratamento paliativo se torna predominante, os enfermos se identificam por um paradigma de múltiplas necessidades, de alta procura, segundo a característica da patologia de base, e exibem como aspecto: possuir doença em estado adiantado e gradativo, pouca chance de resposta ao tratamento curativo, desenvolvimento instável, amplo choque emocional ao enfermo e a família, alto impacto social, prognóstico de vida restringido, e conveniência de adaptação terapêutica (MACIEL et al., 2006).

Constantemente episódios de depressão estão presentes em pacientes oncológicos terminais, essa é uma doença da qual os sintomas clínicos apresentados, tem extensa colisão na qualidade de vida, dos indivíduos em assistência paliativa, por isso é importante a detecção, por que além dos sintomas emocionais, envolve também comprometimento físico que são complicados de tratar e podem ser acessivelmente aliviados quando a doença é tratada corretamente, aperfeiçoando a qualidade de vida. O quadro de depressão é mais comumente observado em pacientes hospitalizados, seguido de pacientes que desconhecem seu diagnóstico. (DINIZ et al., 2006).

### **2.8.1 Participação da Família nos cuidados paliativos**

O enfermo carece de ser percebido como um indivíduo presente, que não se restringe meramente a um leito e uma doença, assim sendo os cuidadores devem se sensibilizar com as circunstâncias presentes, se dispondo a serviço de uma maneira empática. A família é o beço social, pela qual começa a maturação individual, e é a fundamental referência até a etapa adulta. Ela permanece assídua e comprometida até o fim da vida, e quando se refere ao paciente terminal os entes familiares buscam uma ligação de afeição e confiança com o profissional da saúde, tanto quanto as condutas técnicas, quanto a uma amabilidade especial (SANTANA et al., 2009).

Essa é uma ocasião de adversidade para a família, podendo gerar conflitos, dúvidas e sofrimento, está estreitamente relacionado com a forma em que enfrentam o óbito, o contexto social inserido, e do jeito como tudo ocorreu. Encarar de maneira

“positiva”, ainda que seja uma situação dolorosa, pode trazer benefícios, quando a família for bem orientada, no sentido de um desenvolvimento como grupo, ausente do ambiente hospitalar. Independente da situação se faz necessário à colaboração de todos, no intuito do cuidado direcionado ao paciente, nessa condição o comparecimento e o auxílio da família é descrito como elemento fundamental (SANTANA et al., 2009).

Segundo Rabello e Rodrigues (2010), atualmente os cuidados paliativos não requerem um espaço distinto para se falecer, mas uma ideologia destinada a serviços concedidos, onde estiver o paciente, incluindo o recinto domiciliar. O paciente classificado como FPTA, abrange os pacientes internados, que recebem assistência ambulatorial, e assistência domiciliar. A expansão da tecnologia na área da saúde vem aumentando a possibilidade terapêutica de cura, se a tecnologia permite apressar o procedimento de cura, em contrapartida pode prorrogar a vida ou a conservação da mesma, na maioria das vezes sem qualidade. O doente nunca fica enfermo sozinho, quando diagnosticado uma doença, toda família adoece junto, a assistência paliativa deve ter conexão com o programa saúde da família, pelo motivo dos familiares, serem importantes no auxílio de cuidar, e dignos de cuidados, pois a família passa pela experiência de todo processo da doença.

A família se torna o principal cuidador do ente doente, essa escolha é determinada constantemente devido ao grau de parentesco existente, contato afetivo, físico, pedido do doente, e ausência de opção. O cuidado feminino é prevalente. Nesta circunstância nasce o cuidador principal, ficando a encargo do mesmo as atividades cotidianas, e realização das tarefas. Encarregar-se do cuidado implica em uma sobrecarga grande na família e nos cuidadores, e assim como o paciente, o cuidador também possui necessidades, que vão mudando de acordo com a progressão da doença. O dano financeiro costuma ser alto, pois o portador da doença pode ser a principal fonte de renda, ou uma grande parte dos cuidadores necessita de se afastar do emprego, e alguns casos o suporte médico por vezes pode acabar com as reservas financeiras (FLORIANI, 2004; FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

O cuidado pode sofrer influência direta do âmbito familiar, situação socioeconômica, e grau de educação. A situação clínica do paciente terminal causa modificações e consequências ao doente, aos indivíduos que se relacionam, e a família, visto que a

análise com o óbito anunciado gera reação distinta em cada pessoa (SANTANA et al., 2009).

No ambiente hospitalar, os cuidadores constantemente são espectadores. Na residência, passam a desempenhar um papel essencial e dinâmico para um benevolente amparo ao enfermo. Essa função pode causar grande ansiedade e angústia, para que a assistência tenha qualidade e eficácia, é importante que cuidador e paciente, sejam bem acolhidos pelos profissionais da saúde. Os cuidadores sempre que anelarem e existirem possibilidades, devem ser orientados quanto ao progresso da patologia, prescrição de medicamento, mudanças de decúbitos, indicação de tratamentos e sintomas colaterais, eles devem receber auxílio quando algo de errado acontecer, para procurarem ajuda necessária (SAKURADA; TAQUEMORI, 2008).

### **2.8.2 Abordagem Fisioterapêutica**

Desde o início, a atividade fisioterapêutica é voltada para reabilitação do ser humano, por intermédio de técnicas que operam sobre o corpo, reintegrando a atividade funcional de diversas partes corporais. Os principais objetivos são a prevenção, manutenção e a plenitude dos movimentos e sistemas (BISPO JÚNIOR, 2009). A fisioterapia oncológica é um campo de atuação recente, que objetiva a prevenção e reparação cinético funcional de sistemas e órgãos, do mesmo modo que previne as alterações e sintomatologia causada pela neoplasia. A prestação de serviço no Brasil começou em 1980 na cidade do Rio de Janeiro, no INCA (FARIA, 2010).

A assistência fisioterapêutica na oncologia, traz grandes vantagens para o tratamento, principalmente pacientes que recebem auxílio domiciliar. Seus métodos cooperam para analgesia da dor, reduz a tensão muscular, melhora circulação sanguínea e linfática. A carência de fundamentação pedagógica e ausência de uniformização de estratégias de avaliação e artifícios a serem aplicados pelo fisioterapeuta nos pacientes com câncer, assim como o desconhecimento desse campo de atuação pelos profissionais da área da saúde e cidadãos, é o que complica a assistência fisioterapêutica, diminuindo a eficácia e competência do auxílio no combate ao câncer (BORGES et al., 2008).

Sendo uma ciência aplicada, que estuda o movimento humano principalmente na presença de alterações patológicas a fisioterapia pode atuar em todos níveis de atenção, tanto com medidas curativas (reabilitadoras), quanto em preventivas evitando e/ou amenizando complicações através de métodos de intervenções, o profissional pode aliviar a sintomatologia causada pelo tumor, pois dispõe de recursos que podem auxiliar a preservar a vida desses pacientes, fazendo com que os mesmos possam ter uma boa qualidade de vida até o falecimento (FARIA, 2010).

Durante a fase do tratamento é necessário suporte emocional, pois o tratamento causa dor e desconforto levando a uma dependência funcional do paciente, ao passo que ocorre a progressão da doença, uma série de sintomas começam a aparecer, aumentando a necessidade de assistência paliativa, o que a torna essencial no fim da vida, pois a sensação de que a morte está próxima é inevitável (MACIEL, 2008). Dessa forma a fisioterapia pode atuar complementando a assistência paliativa atuando através do seu alcance profissional no cuidado que o paciente necessita, incorporando o paciente como um todo, não só no aspecto físico, aprendendo a lidar também com seus aspectos emocionais (MARCUCCI, 2005).

O Reiki é uma terapia alternativa, que pode auxiliar o fisioterapeuta oncológico nos sintomas apresentados. É baseada na efetividade da energia vital universal, realizada através da imposição das mãos, com a finalidade de canalizar tal energia, com propósito de restaurar o equilíbrio natural, envolvendo não só aspecto emocional, mas também físico e espiritual (JACONODINO; AMESTOY; THOFEHRN, 2008).

Na assistência paliativa, o fisioterapeuta, deve realizar uma avaliação, e a partir da mesma compor um projeto para auxiliar corretamente, acrescentando recursos, exercícios e técnicas que proporcione mediante o tratamento multidisciplinar e interdisciplinar: conforto, analgesia, e apoio a fim de que o paciente viva o mais dinâmico e com qualidade possível, além disso, conceder apoio para os familiares, no enfrentamento da patologia e no luto. A abordagem será em conformidade com a capacidade funcional do enfermo, isto é, quando absolutamente dependente, o foco deverá ser as mudanças posturais, posicionamento e transferências no leito, com intuito de prevenir complicações cardiorrespiratórias, e deformidades. No caso de



melhor independência, estimular o autocuidar, realizar atividades cotidianas, adaptando o local, para beneficiar a funcionalidade (SERA; IZZO, 2008).

O atendimento fisioterapêutico quando requisitado mais cedo nos cuidados paliativos, colabora bastante para precaução das complexidades do tratamento provenientes da neoplasia e das modificações resultante de internações hospitalares extensas, ou um ciclo longo de desuso e imobilidade. Em numerosos casos, o enfermo é restrito ao leito, inclusive por seus familiares, sendo por vezes dispensável, quando estes possuem independência e capacidade de realizar as atividades de vida diária (PIMENTEL, 2009).

Particularmente nas neoplasias, o imobilismo pode ser exacerbado pela radioterapia e quimioterapia. A fisioterapia pode auxiliar nos cuidados com as articulações e no sistema tegumentar. Nos eventos de radioterapia, e na conservação das funções, com planejamento de exercícios de baixa intensidade no momento da quimioterapia (PIMENTEL, 2009).

A fisioterapia é uma das profissões que atua de maneira direta com o paciente portador de câncer, não só enquanto dura o tratamento reabilitador, mas também na etapa paliativa da patologia, quando o sintoma mais constante é a dor, causando aflição no paciente (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005). Para selecionar a terapia a ser utilizada deve se estabelecer critérios, quanto aos objetivos esperados, procurando saber se será funcional a sua utilização (MARCUCCI, 2005).

Discernir os tipos de dor é essencial para determinar métodos mais eficazes. A classificação é em conformidade com a disposição dos sintomas apresentados, podendo ser: profundos, generalizados, superficiais, localizados ou referidos (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005). No alívio da dor pode-se inserir no plano de tratamento aparelhos de eletrotermoterapia como o TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*). O aparelho Tens, utiliza correntes elétricas na superfície cutânea da pele por meio de eletrodos, excitando nervos periféricos a fim de analgesia (TONEZZER et al., 2012).

Segundo Tonezzer e outros (2012), a utilização da acupuntura no planejamento terapêutico, tem sido inserida em diversas pesquisas clínicas para analgesia dos sintomas de náuseas e vômitos, de acordo com o autor quando utilizado TENS no

ponto PC6, ocorre uma significativa redução da frequência e intensidade dos sintomas citados.

A corrente interferencial possui amplitude modulada de frequência, que atinge tecidos mais profundos, impedindo a condução nervosa, diminuindo a sensação de dor (ARTIOLI; BERTOLINI; 2012). A terapia manual pode ser utilizada como método complementar, porém o uso de calor está contraindicado devido aos efeitos fisiológicos que provoca (MARCUCCI, 2005).

Outra modalidade terapêutica para alívio dos sintomas colaterais é a massoterapia, realizada com as mãos através da mobilização de tecidos moles, com emprego rítmico de estiramento e pressão, para propiciar ações benéficas sobre o sistema muscular, vascular e nervoso. Gera estímulo mecânico nos receptores sensoriais, fornecendo percepção de bem estar, o uso do estiramento alonga as estruturas reduzindo tensão e favorecendo o alongamento muscular, a técnica também tem a finalidade de fornecer analgesia, e melhorar a maleabilidade dos tecidos (MOTTA, 2009).

As dores agregadas às incapacidades provenientes do câncer e do tratamento podem acarretar em perda funcional, como ficar acamado, isolamento social, e diminuição das atividades cotidianas. A assistência da dor oncológica é, contudo árdua e complicada. A fisioterapia possui métodos menos invasivos e perturbadores para o enfermo, pois dispõe de recursos antálgicos (SAMPAIO; MOURA; RESENDE, 2005).

Na presença de desconforto respiratório ou dispneia, é importante o emprego de técnicas que propicie a conservação de vias aéreas abertas e ventilação apropriada, bem como o relaxamento da musculatura acessória, tornando menor o trabalho respiratório, sempre que houver possibilidades. Para isso, deve-se combinar a mobilização, alongamento da musculatura da região torácica e cinesioterapia respiratória, aperfeiçoando a complacência do tórax, em posição que favoreça o desempenho da musculatura respiratória, além disso, pode utilizar ventilação não invasiva, e incentivadores facilitando a ventilação (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2009).

Exercícios leves e de baixa intensidade são indicados nas complicações osteomioarticulares, aumentando a funcionalidade e readaptando o indivíduo nas

atividades de vida diária. Nas lesões da pele as orientações quanto á mudança de decúbito, é de grande importância para prevenir novos aparecimentos (MARCUCCI, 2005).

O entendimento técnico não é o único quesito satisfatório para edificação da imagem profissional. Os profissionais devem dispor de sabedoria para ouvir, conversar, e auxiliar no que o paciente precisa, pois o paciente oncológico, não é um enfermo simples, requer do fisioterapeuta assistência divergente e um planejamento de reabilitação maleável, apropriado com sua condição e necessidades. Assim sendo, o fisioterapeuta deve se apresentar pronto, a fim de se relacionar e observar o paciente com adversidade psicossocial, e quando houver necessidade, ajuda-lo a conviver com a patologia, com o sintoma da dor, e conceder amparo emocional (MÜLLER ; SCORTEGAGN; MOUSSALLE, 2011).

## 2.9 FISIOTERAPEUTA FRENTE À MORTE DO PACIENTE

Uma das principais aflições humana é ser acometido por alguma doença que ameace a vida. O contato com o diagnóstico é extremamente difícil, muitas vezes impactando de forma negativa no cotidiano do individuo, pois se cria uma desesperança em relação ao futuro, ao mesmo passo que dificulta o processo de perda, pois atualmente a sociedade não encara a morte como fruto de uma realidade, passando a vê-la como adversária da continuidade da vida (SOUSA et al., 2009).

Desde que nascemos temos a percepção de que um dia iremos morrer, pois a morte é um processo biológico natural de cada ser humano. Durante a evolução adquirimos aspectos culturais, sociais que influenciam diretamente na aceitação do processo de morte, se diferenciando de acordo com o aspecto cultural e religioso de cada um (HOHENDORFF; MELO, 2009).

Séculos atrás as pessoas compreendiam a morte com naturalidade, sendo a mesma sinônimo de demonstração de poder, onde os que possuíam riquezas eram enterrados em templos luxuosos, e indivíduos de classe média em terrenos ao lado desses luxuosos templos, e aqueles que não possuíam riquezas eram jogados em valas abertas. Eram nesses espaços que a sociedade convivia e realizava suas atividades do cotidiano, porém com advento da modernidade e do capitalismo, a

partir do século XVIII estava nascendo uma preocupação em isolar os mortos dos vivos, colocando-os juntamente com os resíduos humanos, distanciando os corpos mortos do meio urbano (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Durante o século XIX as indústrias estavam se desenvolvendo, a medicina ganhando o seu espaço, e o conceito de morte estava começando a ser visto de outra forma. O convívio com mortos estava sendo modificado ainda mais com a revolução higienista, a partir daí houve a separação de vivos e mortos e a interação entre esses dois meios tornou-se um risco de contaminação de doenças (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Diferente de antigamente onde a morte era vista com seriedade e tranquilidade, hoje saber que uma pessoa morreu provoca dor e aflição ao homem. A cultura ocidental de certa forma nos prega valores imaginários quando o assunto é morte, pois uma grande parte da população se auto imagina morrendo em um hospital, sem dor e quando estiverem dormindo. Dessa forma os profissionais da área da saúde são os responsáveis de cuidar do bem estar de cada um no processo saúde doença, ficando ao encargo retardar o máximo possível esse processo natural tão temível (SOUZA; BOEMER, 2005).

A perda é qualquer situação provável, verídica, ou compreendida onde qualquer coisa material valorizada é alterada ou está inacessível ao indivíduo, precedendo o período de óbito de alguém, o nível de dor e o tipo são pendentos ao significado que o objeto tem para cada cidadão. A mudança é algo contínuo no ciclo da vida, dessa forma todos um dia experimentam perdas (WHITE; DUNCAN; BAUMLE, 2012).

Esses profissionais estão em constante contato com essa vivência, porém muitas vezes não estão preparados para vivencia-las, mesmo com todo preparo técnico, criam uma perspectiva de cura que vai além da condição humana. Mesmo com os avanços tecnológicos onde o conhecimento médico tem aumentado às chances de cura das doenças, existem doentes crônicos que estão em fase terminal, e o único método terapêutico é o cuidado paliativo (PAZIN FILHO, 2005).

Dentre todas as doenças que ameacem a terminalidade da vida, o câncer é uma das enfermidades cercadas de mistérios, os diversos exames, a realização do tratamento, todas as consultas hospitalares, o constante contato que o paciente tem com o hospital, o faz criar uma proximidade com a morte, gerando medo, frustração

e um sofrimento muito grande no indivíduo, pois o homem não aceita a morte naturalmente (SOUSA et al., 2009).

Buscando maneiras de superar esse excesso de sentimentos negativos, o paciente terminal pode passar por fases do processo de morte, não necessariamente ocorrem em uma ordem cronológica, sendo individual a cada um, são elas: depressão, raiva, barganha, negação e aceitação. A negação primeira fase, é vista como uma defesa, o paciente se recusa a aceitar seu quadro clínico, podendo ser temporária ou não. A raiva é a segunda fase, o paciente se auto questiona por estar naquela situação, se perguntando por que eu, tentando encontrar um culpado por tal processo (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

No terceiro momento a fase da barganha, onde ele cria um sentimento de negociação de sua morte, no sentido de retardá-la, geralmente é feito através de orações. A quarta fase é a depressão onde começa aceitar o seu fim, é um meio de se preparar para a perda, o quinto e último seria a aceitação, o paciente aceita a evolução natural do processo patológico (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Durante os últimos momentos de morte uma alta porcentagem de indivíduos morrem sozinhos nos quartos, sem ter comunicação com outras pessoas, falecem encarcerados em pensamentos reflexivos sobre a própria vida, muitas vezes por compreenderem que entes queridos ficarão para trás, para alguns esse momento é de muita frustração, medo e dor, já para outros é encarado como alívio, por que põe fim num sofrimento frequentemente prolongado (POLES; BOUSSO, 2004).

A família desempenha um papel muito importante pois ameniza a dor que o paciente sente, dando estímulo de incentivo para fortalecer suas esperanças, porém a mesma necessita de dar apoio ao paciente e necessita de apoio, porque presenciam todo o processo patológico, se sentindo impotente para amparar o indivíduo nesse momento (ROSA et al., 2005).

Segundo White, Duncan e Baumle (2012), o luto é uma sequência de acentuadas respostas físicas e/ou psicológicas que tem início após uma perda, sendo as mesmas naturais e adaptativas ao processo, esse momento é caracterizado pela expressão da dor, onde ocorre a resolução e integração da perda. Segundo os autores existem três fases:

- Fase do Choque: Relacionadas aos aspectos emocionais, a pessoa se sente lenta, fora da realidade.
- Fase da Realidade: A pessoa começa a acreditar na perda, percebe que o indivíduo já não está mais ao seu redor.
- Fase da Recuperação: Momento de adaptação do indivíduo, ele volta integrar a realidade, voltando a realizar as atividades de vida diária (WHITE; DUNCAN; BAUMLE, 2012).

### **2.9.1 Formas de Enfrentamento do Fisioterapeuta**

De uma forma geral os profissionais da saúde são formados para salvar vidas, isso por que nos cursos de formação da área da saúde, o tema morte é pouco visto na grade curricular, tendo fundamentação pedagógica apenas para a cura. Porém não significa que deve ser descartado aprender a lidar com a morte, pois quando ocorre do profissional vivenciar esse momento com esses pacientes terminais, eles não sabem como reagir, se choram ou se escondem os sentimentos. O profissional sente culpa diante da morte, tendo a sensação de ter fracassado profissionalmente (OLIVEIRA; AMORIM, 2008).

As formas de enfrentamento podem seguir duas linhas de raciocínio, primeiro que a morte é algo irreversível, ou seja, depois do indivíduo morto ele não pode mais retornar a viver, pois o ser humano não pode modificar essa evolução biológica, a segunda seria a compreensão do ciclo da vida, tudo que vive um dia morre (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006).

Sabemos que a morte faz parte do processo natural de cada ser vivo, atualmente o falecimento de pacientes tem sido mais nos hospitais do que em domicílio, uma vez que passam grande parte do fim da vida nesses locais. Esses longos períodos de internação fazem com que surja vínculos sentimentais dos profissionais ao seu redor, ficando mais difícil o processo de perda. A rejeição de não aceitarmos o falecimento prejudica a comoção sentimental, impedindo ou inibindo o progresso profissional, o despertar desses sentimentos deve ser experimentado para que sejam criados meios de aceitação desse processo natural de cada ser humano, neste cenário problemático está inserido o fisioterapeuta (MARQUES; OLIVEIRA; MARÃES, 2006).

Cada fisioterapeuta vivencia de forma diferenciada o processo de morte, enfrentando de modo variado o óbito do paciente. Um dos meios de enfrentar a doença e o falecimento é a religião, a mesma não resolve de forma instantânea o acontecimento, mas proporciona bem-estar e coragem para identificar recursos que possibilite enfrentar essa experiência. Um dos recursos é a oração, meio pelo qual o fisioterapeuta e a família tem contato direto com o Ser Superior de cada crença religiosa, ora para clamar ora para mostrar-se grato. A procura religiosa não pode ser uma alternativa para escapar da realidade, mas entendimento do estado patológico grave, na busca de superar a angústia causada pela existência da doença (BOUSSO; SERAFIM; MISKO, 2010).

A idade do paciente que faleceu e a vivência profissional do fisioterapeuta é outro fator que influencia no processo de aceitação, pois quanto mais novo for, maior será a delicadeza em presenciar o óbito. O tempo de trabalho desempenhando a função de fisioterapeuta também auxilia na forma de enfrentar a morte, pois a prática profissional expõe ao contato com o falecimento, e a convivência constante com este processo vai tornando-o algo natural, porém muitas vezes até mesmo o fato de ter uma longa experiência não colabora com essa vivência, por que o próprio profissional não aceita a própria morte (MARQUES; OLIVEIRA; MARÃES, 2006).

Abordar esta temática com familiares e com o próprio paciente é apontado como uma dificuldade, pois os próprios profissionais encaram o assunto ainda como um tabu, mesmo reconhecendo como necessário expressar a autenticidade do diagnóstico e da abordagem terapêutica, acreditam ser uma atitude cruel dialogar sobre um processo doloroso para pessoas que não estão preparadas para vivenciá-la (KOVÁCS, 2008).

Para evitar o sofrimento alguns desses profissionais se distanciam do paciente nesse momento doloroso, evitando criar vínculos sentimentais, pois se isso acontecesse reagiriam de forma empática ao sentimento expressado pelo paciente, como fruto desta atitude é que se tornam profissionais apáticos frente ao sofrimento alheio, tornando a função desempenhada menos humanizada, para cultivar um bom trabalho (ROSA et al., 2006).

A interação emocional entre paciente e profissional pode resultar em uma tendência negativa em relação ao óbito, fazendo com que após o falecimento do cidadão o

profissional fique de luto junto com os familiares. Para a família o processo de luto se inicia logo que recebem a notícia da existência de uma doença grave. Conhecer a definição de luto é muito importante para o profissional, porque auxilia a compreender a alteração de comportamento da família nesse momento, ter contato com esses aspectos vividos por entes familiares e pacientes, causa no profissional vulnerabilidade e fragilidade, e muitas vezes não tem espaços para expressarem e compartilharem o sentimento criado após a perda (GENEZINI, 2009).

Segundo Kovács (2008), existem algumas técnicas que podem ser utilizadas pelos profissionais para exprimir os sentimentos vivenciados, podendo ser realizados em equipe ou de forma individual:

- Introspecção: Incentiva o profissional a ter contato com experiências interiores, sendo mais fácil com atividades de relaxamento.
- Relatos verbais: A pessoa escuta o que ela mesma desabafa podendo compartilhar com a equipe vivências cotidianas.
- Desconexão: Auxilia em separar incentivos exteriores que perturbem a realização do exercício proposto
- Atividades expressivas: Permite manifestar a expressão espontânea que antes era inibida, através de dinâmicas, danças, trabalho com tinta (KOVÁCS, 2008).





### 3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura, foi feito um tópico de discussão, a partir de análises comparativas. Realizado através de um levantamento bibliográfico, durante os meses de janeiro a outubro, buscando inicialmente bibliografias dos últimos dez anos, dando preferência a artigos mais recentes selecionados entre os anos de 2004 a 2013, a busca foi limitada a bibliografias em língua portuguesa com as seguintes palavras-chaves: fisioterapia, oncologia, morte, direito, cidadania, cuidados paliativos, pacientes terminais, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, classificação e nomenclatura de tumores e família.

A revisão foi acrescida de outras fontes, como as referências mencionadas nos artigos, bancos de dados eletrônicos SCIELO, LILACS, GOOGLE ACADÊMICO, sites organizacionais referente ao tema, livros e revistas buscados no acervo bibliográfico da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo . O total de 60 fontes foi utilizadas nesta busca. Como critério de inclusão, artigos em português, dentro do período literário, obedecendo os seguintes critérios: Relacionados aos CP deveriam constar definição, importância do método, relevância da participação da família e do cuidador, no quesito morte, deveria conter as formas de enfrentamento dos profissionais da saúde, em relação a fisioterapia deveria constar técnicas na assistência oncológica.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Matsumoto (2008), a população está envelhecendo gradativamente, e com essa evolução a predominância do surgimento de patologias como o câncer e demais patologias crônicas vem aumentando significadamente, todavia a tecnologia desde os remotos tempos da segunda guerra mundial, também está evoluindo, criando possibilidades terapêuticas, transformando patologias mortais em patologias crônicas, ocasionando maior tempo de sobrevivência aos seus portadores. Entretanto, embora haja diligencia dos pesquisadores, o termo morte continua a ser visto como sinônimo de incerteza, aflição, e adversária da vida.

Marcucci (2005) relata em seu estudo, que de certa forma somos treinados desde a graduação, para planejamentos curativos, devido a esse objetivo, comumente os pacientes classificados como fora de possibilidades terapêuticas atuais, são tratados com recursos que não trazem acréscimo algum a qualidade de vida, se tornando frequentemente fonte de dor.

Segundo Bifulco e Lochida (2009), uma grande parte da população não possuem acesso a assistência paliativa. Entre as dificuldades existentes para disponibilizar esse método terapêutico a doentes terminais, sobressai a falha na composição dos profissionais de saúde, que comumente são ensinados a adotarem um modelo curativo/reabilitador, e quando enfrentam situações como estas citadas, alguns declaram que não existe mais nada para fazer, essa carência de fundamentação pedagógica dificulta a oferta de assistência paliativa.

Diante de situações como essas o funcional seria encarar a contenda, na percepção da condição de abandono, que esses enfermos estão inclusos, na tentativa de transformar a condição atual de assistência oferecida, inserindo medidas específicas e aperfeiçoando os cuidados já existentes. A assistência paliativa aparece como uma alternativa, para garantir um tratamento voltado para otimização da qualidade de vida, tanto dos pacientes, quanto dos seus entes familiares.

Silva (2004) relata em seu material que os cuidados paliativos está bem organizado nos países desenvolvidos economicamente, porém os países que estão menos desenvolvidos, o método encontra-se em fase de implementação. O autor sugere

que para melhor adequação, é necessário que a sociedade compreenda o conceito de morte, finitude e cuidado.

Floriani e Schramm (2007), apontam em seu estudo que a implantação de cuidados paliativos, no sistema de saúde vem sofrendo desafios, por causa da relutância dos governantes, em priorizá-lo. Os autores dizem ainda, que manter modelos excessivamente resolutivos resulta em gastos orçamentários bem maiores, a implantação desse método terapêutico bem arquitetado, iria colaborar não só na qualidade de vida do doente, mas em decrescer o período de hospitalização, e diminuir gastos em assistências desnecessárias que não seria benéfica para o caso de doentes fora de possibilidades terapêuticas.

Já de acordo com Reis Júnior e Reis (2007), o cuidado paliativo é compreendido como assistência de pequena tecnologia, por engrandecerem o contato humano, não necessitando de vastos investimentos, mas sim de habilitar os profissionais da área da saúde, e da cooperação efetiva de todos nessa assistência, porém para a maioria essa percepção é errônea.

Para Pessini e Bertachini (2005), desde a antiguidade a sociedade concede auxílio e aconchego aos doentes e aos que estão falecendo, anteriormente a evolução da doença, sem alcance da cura, comumente era associado a erro médico, e em países internacionais houve um grande despertar sobre eutanásia, devido à ausência de conhecimento em assistências a pacientes no fim da vida.

A impossibilidade de regressão da doença, não é justificativa para não garantir qualidade de vida ao doente. Todo profissional da área da saúde, deveria quando tratar qualquer que seja o paciente, independente da condição social, econômica e raça, fazer com o mesmo o melhor possível, tratar acima de qualquer cansaço físico ou psicológico, o ser humano com dignidade, e imaginar que assim como ele o paciente também teve uma vida.

Clark (2003) citado por Júnior e Reis (2007) realizou uma pesquisa com voluntariados entre eles profissionais da saúde e cidadãos leigos, indagando-os sobre qual meio mais satisfatório para o óbito, 77% dos profissionais e 80% dos cidadãos alegaram preferência em falecer com ausência de sintomatologia que gere desconforto (dor, dispneia entre outros). Em relação qual local passar os últimos momentos da vida, a maior parte declararam em casa, quando perguntados se

preferem escolher quando falecer 27% dos profissionais e 42% dos cidadãos responderam sim.

Esse estudo demonstra a importância do cuidado paliativo, pois grande parte da população prefere não sentir dor, mesmo aqueles que desconhecem a existência ou a importância desse método terapêutico, deseja ter boa qualidade de vida, principalmente num período tão crítico quanto a morte, que é considerada comumente como uma adversária da vida.

Para Maciel (2008), os cuidados paliativos se baseiam na ciência científica, ligada a várias especialidades e alternativas de mediação clínica e terapêutica, nas várias áreas de conhecimento médico, no entanto a atividade da equipe de assistência paliativa é administrada por doutrinas simples, que podem ser solicitadas em todos os trabalhos realizados.

Segundo Okazaki e Sedlak (201-) o fundamento do cuidado paliativo está organizado na finalidade de proporcionar qualidade de vida ao doente e familiares, reduzindo efeitos desfavoráveis e complexidades que possam ocorrer. Para Diniz e outros, o termo qualidade de vida pode ser entendido como uma análise universal, que o indivíduo percebe da sua vida, submetido tanto pelos aspectos próprios do sujeito, quanto ao ambiente externo, a patologia, sua sintomatologia e a terapia necessária. Entretanto Floriani e Schramm (2007) alegam que os termos bom falecimento e qualidade de vida, não são conceitos inclusos em cuidados paliativos.

No estudo de Diniz e outros (2006), foram entrevistados sessenta e dois pacientes do sexo feminino e masculino, portadores de câncer, por meio de três questionários, que abordavam questões demográficas, questões para pacientes terminais e questões para averiguar a qualidade de vida dos mesmos, e a prevalência de depressão nesses pacientes. Os autores chegaram aos seguintes resultados: 81% dos pacientes citados sabem do diagnóstico da neoplasia, 80% relatam não terem vínculo comunicativo com o médico em relação a patologia, 50% esboçaram vontade de receber informações sobre o seu estado clínico, 93,33% estavam jubilosos com a assistência terapêutica recebida, 67,74 foram detectado depressão, tendo uma prevalência nos pacientes hospitalizados.

Após análise os autores chegaram a seguinte conclusão, ainda que satisfeitos com a assistência, os pacientes declararam diálogo desfavorecido com o médico. Os

autores sugerem essa deficiência de comunicação, como etiologia para depressão, e saber da existência da doença não foi correlacionado com a presença desse sintoma.

Reforçando a ideia do autor anterior, Araújo e Silva (2007) realizaram uma pesquisa com 39 pacientes portadores de câncer, onde os mesmos apontaram a comunicação como importante característica da assistência paliativa, destacando a atenção dada pelo profissional, que contribui na formação de vínculo de confiança. Dessa forma, a comunicação empenha função relevante no processo de morrer, se comunicar de modo empático foi apontado como apoio e sustento para o doente frente à morte. Não é apenas propagar informações, mas sim da maneira como as mesmas são transmitidas, significa expor com palavras, atitudes e posturas.

Segundo Araújo e Silva (2007) é equivocado o pressuposto de não existir maneiras de ajudar pacientes fora de possibilidade de cura. A comunicação é um método terapêutico importante, que auxilia na realização do tratamento, no entanto alguns profissionais da saúde possuem dificuldades nesse processo, a dificuldade de não conseguirem lidar com os sentimentos, frente a morte iminente do paciente e a repulsa em conhecer técnicas que auxiliam na comunicação terapêutica, impede esses profissionais de terem vínculo comunicativo com pacientes terminais.

O diagnóstico do câncer é compreendido por alguns indivíduos como ameaça a continuidade de vida, sendo assim o paciente exibe múltiplos sintomas que podem influenciar negativamente na eficácia do tratamento, e na qualidade de vida. Na assistência paliativa é importante uma abordagem multidisciplinar, para que todos os sintomas sejam tratados corretamente, isso demonstra a importância de cada profissional da saúde desempenhar sua função nesse auxílio.

De acordo com Andrade, Sera e Yasukawa (2009), a fisioterapia dispõe de recursos que podem auxiliar pacientes terminais, pois a medida que a patologia evolui, uma série de sintomas começa a ser expostos, repercutindo negativamente na funcionalidade do indivíduo. Após uma criteriosa avaliação, o fisioterapeuta pode elaborar uma abordagem que auxilia na independência funcional do paciente, proporcionando bem-estar, além de aliviar a sintomatologia apresentada como dor, fadiga, dispneia, entre outras, garantindo o máximo de qualidade de vida possível.

Para Sera e Izzo (2008), a formação acadêmica do profissional fisioterapeuta, deveria estar associada às circunstâncias sociais e de saúde da população, concentrada no paciente, e nos variados contextos, incrementando ações de prevenção, promoção e reabilitação, e principalmente não deve auxiliar somente o paciente, mas também a família. Assim sendo, há necessidade de uma composição generalista, que admita a execução de mediações ajustadas e alteradas conforme a conveniência da comunidade.

No estudo de Borges e outros (2008), foi feito uma análise por meio de um questionário, com 45 médicos, 30 fisioterapeutas e 44 pacientes, em uma das perguntas os entrevistados foram indagados sobre o conhecimento da especialidade de fisioterapia oncológica, 55,6% dos médicos responderem que conhecem a existência da especialidade, enquanto 36,0 desconhecem, 73,3 dos profissionais fisioterapeutas conhecem, entre os pacientes 54,5% conhecem sobre a fisioterapia; No quesito, se a fisioterapia oncológica é importante na assistência a portadores de câncer, 43,8 % considera importante a abordagem, 18,8 referem sobre a importância na assistência paliativa e 18,8 responderam que a importância depende da sintomatologia apresentada, já os médicos 51,1 % relata que é importante, 46,7 % como muito importante e 2,2 % como menos importante.

Ao final do estudo do autor citado anteriormente constatou que quando existe abordagem da fisioterapia, ocorre um acréscimo na qualidade de vida do paciente, diminuindo sintomas colaterais. Este estudo ajuda a comprovar a real importância do fisioterapeuta, como este pode beneficiar o paciente com os recursos que possui, no entanto verifica-se a falta de conhecimento por parte de médicos em relação a essa especialidade, fazendo que a abordagem e o encaminhamento por parte destes sejam barreiras para assistência do fisioterapeuta. A falta de divulgação, comumente associada a falta de comunicação entre os profissionais da saúde, colabora para dificultar o desempenho da função da fisioterapia.

A fisioterapia paliativa possui como finalidade principal o aperfeiçoamento da qualidade de vida dos pacientes fora de possibilidade terapêuticas atuais, minimizando a sintomatologia, gerando sua independência funcional. Dessa forma, o alcance desses objetivos, depende de comunicação com o doente, entes familiares e profissionais envolvidos.



Muller, Scortegagna e Moussalle (2011), realizaram uma pesquisa entrevistando 14 pessoas, entre elas profissionais e acadêmicos de fisioterapia que realizam atendimento a pacientes oncológicos terminais. Ambos foram indagados como é trabalhar com doentes terminais, relataram que na fase inicial foi emocionalmente estressante exercer a função junto ao tipo de paciente, mas no decorrer do tempo tornou-se algo gratificante, sendo relevante o tempo de experiência na área, sobre relacionamento foram perguntados como é a relação profissional e paciente, responderam a duração da internação auxilia no convívio e faz com que os pacientes adquiram confiança e suporte, e como enfrentava diante da morte, apontaram como um momento difícil, de impotência, pois são “treinados” para curar.

Tratar de pacientes que não possuem possibilidade de cura é algo difícil, pois o hábito humano é comumente ajudar aqueles que necessitam, fornecer ajuda, apoio e cura nesses momentos difíceis. No decorrer da doença alguns pacientes veem a óbito mais cedo, outros mais tarde e independente do tempo de internação cria-se um vínculo profissional/paciente, e esta relação desperta maior experiência ao profissional em executar sua função.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com base na revisão teórica realizada, que garantir uma qualidade de vida ao paciente terminal não é uma tarefa fácil. Os cuidados paliativos vêm sendo praticado há anos para auxiliar esses doentes, o método não busca abreviar a vida, nem retardá-la, sua principal finalidade é fornecer uma “boa morte”, reduzindo ou amenizando os sintomas apresentados advindo da doença ou do tratamento anti-neoplásico.

Os cuidados paliativos são realizados através de uma assistência humanizada, que abrange não só o paciente, mas também fornece assistência à família do mesmo. É relevante ser executado por uma equipe multidisciplinar, para proporcionar uma assistência completa.

A inserção do fisioterapeuta é de suma importância, pois este profissional possui recursos que podem fornecer auxílio na preservação da vida do paciente, porém este pode encontrar barreiras para execução do tratamento, isto porque a morte ainda é encarada como um tabu pela sociedade, e desde a graduação somos treinados para tratamentos curativos, e não somos preparados para enfrentar o óbito.

Ao realizar a análise comparativa, conclui-se que a fisioterapia oncológica é uma especialidade que fornece grandes benefícios a vida do paciente, acrescentando qualidade de vida ao mesmo, estimulando a independência funcional. Comumente a falta de conhecimento por partes dos demais profissionais de saúde e do próprio paciente, impedem que os portadores de câncer sejam encaminhados para tal tratamento, causando divergência para atuação da fisioterapia.

Ainda que esteja ocorrendo expansão da especialidade e da assistência paliativa, esta última por meio de investimentos governamentais, ainda existem variados obstáculos e desafios a serem enfrentados. Para que isto seja alcançado, seria necessário acrescentar na formação acadêmica o tema morte, para preparar esses profissionais que estão constantemente em contato com essa experiência, bem como uma maior divulgação da especialidade de fisioterapia oncológica, através de comunicação entre os profissionais de saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRA, G. et al. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 59, n.1, p. 95-104, 2013. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/16-cuidados-paliativos-ao-paciente-portador-de-ferida-neoplasica.pdf)>. Acesso em: 26 maio.2013.

ADEMIR. **Células**. [SI]: Profº Ademir. Sociências, 2009. Disponível em: <<http://sociencias.wordpress.com/category/celulas/>>. Acesso em: 20 set. 2013.

ALCÂNTARA, P.S.M de. Cirurgia Paliativa. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p. 309-336. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

ANDRADE, B..A de; SERA, C.T.N; YASUKAWA, S.A. Papel do fisioterapeuta na equipe de Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 230-234, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

ARANTES, A.C de L.Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 20-37, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

ARANTES, A.C.L.Q; MACIEL, M.G.S. Avaliação e tratamento da dor. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p. 370-391. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

ARAÚJO, M.M.T; SILVA, M.J.P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p.626-32, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf> >. Acesso em: 27 mar.2013.

ARTIOLI, D.P; BERTOLINI, G.R.F. Corrente interferencial vetorial: aplicação, parâmetros e resultados. **Revista Brasileira Clínica Medica**, [SI], v.10, n.1, p. 51-56, 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2674> >. Acesso em: 21 out. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Consenso Brasileiro de náuseas e vômitos em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de cuidados**

**Paliativos**, [SI], v.3, n.3, p. 3-16, 2011. Disponível em: < [http://stat.correioweb.com.br/blogs/SuplementoCP\\_Nausea\\_Vomito\\_Final\\_A.pdf](http://stat.correioweb.com.br/blogs/SuplementoCP_Nausea_Vomito_Final_A.pdf) >. Acesso em: 29 ago. 2013.

BARBIERI, E.; NOVAES, P.E.R.S. Princípios da Radioterapia .In: LOPES, Ademar; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R.P.S. **Oncologia para Graduação**. 2 ed. São Paulo: Tecmed, 2008. p. 187-204.

BIFULCO, V.A; LOCHIDA, L.C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 92 – 100, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

BISPO JÚNIOR, J.P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História Ciências Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/05.pdf> >. Acesso em: 27 mar. 2013.

BORGES, et al. Análise dos Métodos de Avaliação, Dos Recursos e do Reconhecimento da Fisioterapia Oncológica nos Hospitais Públicos do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 54, n.4, p. 333-344, 2008. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v04/pdf/333\\_344\\_Analise\\_dos\\_Metodos\\_de\\_Avaliacao.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/333_344_Analise_dos_Metodos_de_Avaliacao.pdf). Acesso em: 12 mar. 2013.

BOUSSO, R.S; SERAFIM,T. de S; MISKO, M.D. Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-17, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_03.pdf) >. Acesso em: 20 maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – Sia/Sus - Sistema de Informações Ambulatoriais**. 11. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual\\_Oncologia\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf) >. Acesso em: 28 ago. 2013.

BRÊTAS, J.R.da S.; OLIVEIRA, J.R.de ; YAMAGUTI, L. Reflexões De Estudantes De Enfermagem Sobre Morte E Morrer. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v.40, n.4, p.477-483, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/279.pdf> >. Acesso em: 24 mar. 2013

BUETTO, L.S; SONOBE, H.M; ZAGO, M.M.F. Os direitos legais dos sobreviventes brasileiros com câncer. **Revista Científica Perspectivas online**, Rio de Janeiro, v.5, n.17, p. 142-148, 2011. Disponível em:< [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2011vol5n17/volume5\(17\)artigo12.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2011vol5n17/volume5(17)artigo12.pdf) >. Acesso em: 26 ago. 2013.

CAGNIN, E.R.G.; LISTON, N.M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 51-60, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/07.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

CAPONERO, R.; SANTOS, R.L.; NAYLOR, C. Cuidados Paliativos. In: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de oncologia**. 1 ed. São Paulo: BBS Editora, 2004. p. 713-720.

CARVALHO, M.P. de. Êmese induzida pelos quimioterápicos antineoplásicos. In: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de oncologia**. 1 ed. São Paulo: BBS Editora, 2004. p.721 -728.

COMBINATO, D.S; QUEIROZ, M.de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2006000200010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 jul. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção Oncológica. **Nota Técnica**, Brasília, 26a, p. 1-9, 11 nov. 2005. Disponível em:<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J84zepeJkJAJ:bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J84zepeJkJAJ:bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 08 set. 2013.

DANTAS, E.L.R. et al. Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v.55, n. 3, p. 263-269, 2009. Disponível<[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/67\\_revisao\\_literatura1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/67_revisao_literatura1.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2013.

DINIZ, R.W et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n.5, p. 298-303, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a14v52n5.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História Ciências Saúde**, Manguinhos, v. 17, n.1, p. 69-87, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 fev. 2013.

FERREIRA, F.de O; CASTRO, R.M.R.P.S . Biologia da célula tumoral. In: LOPES, Ademar; IYAYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R.P.S **Oncologia para Graduação**. 2 ed. São Paulo: Tecmed, 2008. p. 3-13.

FERREIRA, F. A. **Ciclo celular**. [S.l]: Brasil Escola, c2013. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/biologia/ciclo-celular.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

FLORIANI, C.A; SCHRAMM, F.R. Cuidador do idoso com câncer avançado:

um ator vulnerado. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 527-534, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/07.pdf> >. Acesso em: 30 jun. 2013.

FLORIANI, C.A; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf> >. Acesso em: 30 jun. 2013.

FLORIANI, C.A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 50, n.04, 341-345, 2004. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/secao5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf) >. Acesso em: 30 jul. 2013.

GANDIN, L.A.A; PAULILO, M.A.S. Cuidados Paliativos: a visão de pacientes além de possibilidades terapêuticas. **Serviço Social em Revista**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2004. Disponível em: < [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v6n2\\_luiza.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n2_luiza.htm) >. Acesso em: 24 jan. 2013.

GENEZINI, D. Assistência ao luto. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 321-328, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

GRIFFITHS, A.J. et al. Regulação Genética do Número de Células: Células normais e Cancerosas. In: \_\_\_\_\_. **Introdução a Genética**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 525-550.

GUIMARÃES, M.C.C; SILVA, I.V; RANGEL, L.B.A. Anticorpos na terapia contra o câncer. **Revista Perspectiva on line**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 96-101, 2008. Disponível em: < [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n6/volume%202\(6\)%20artigo11.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n6/volume%202(6)%20artigo11.pdf) >. Acesso em: 20 out. 2013.

GUIMARÃES, R.M; Filosofia dos cuidados paliativos. In:\_\_\_\_\_: SALTZ, E.; JUVER, J. **Cuidados paliativos em oncologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2009. p. 8-219. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=1zd-FC-NziAC&printsec=frontcover&dq=cuidados+paliativos&hl=pt-BR&sa=X&ei=sWslUezhLJOi8QTo9YGICQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=cuidados%20paliativos&f=false> >. Acesso em: 15 maio. 2013.

HATANAKA, V.M.A. Obstipação e diarreia. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 124-131, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

HOHENDORFF, J.V; MELO, W. V. de. Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 480-492, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a14.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2013.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER. **Enfermagem: GISTO**. Curitiba: HEG, [201-]. Disponível em: < <http://www.erastogaertner.com.br/subconteudos.php?id=42>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006. p. 1-117. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/situcancerbrasil/situcancerbras2006.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DOS ESTADOS UNIDOS. **Uma boa alimentação durante o tratamento do câncer**: nutrição e câncer/dicas para comer bem. Trad. e adapt. pelo Instituto Nacional do Câncer. São Paulo: Rhodia Farma Ltda, [20--]. Disponível em: < [http://www.oncologiafrancobrasileira.com/beta/br/web/pdf/livro\\_nutricao.pdf](http://www.oncologiafrancobrasileira.com/beta/br/web/pdf/livro_nutricao.pdf)> Acesso em: 25 maio. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ed. Rio de Janeiro:Esdeva, 2008

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Direitos do paciente com câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, n. 049, p.1-26. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/DireitosPacientesCancer.pdf> >. Acesso em: 24 ago. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é o câncer**. Rio de Janeiro: Inca, [20--]. Disponível em:< [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 20 set. 2013.

JACONODINO, C.B; AMESTOY, S.C; THOFEHRN, M.B. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 1, p. 61-66, 2008. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11953/8434> >. Acesso em: 28 out. 2013.

JORDE, Lyn B. et al. Genética do Câncer. In: \_\_\_\_\_. **Genética Médica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 261-282.

KIPPER, J.D. O problema das decisões médicas no fim da vida. **Revista Bioética**, [SI], v. 7, n.1, p.1-5, 2009. Disponível em: <



[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/294/433](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/294/433) >. Acesso em: 15 jun. 2013.

KIRA, C.M. Sedação Paliativa. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 202-214, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

KOVÁCS, M.J. Morte no contexto dos cuidados paliativos. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p. 547-556. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

KUMAR, V. et al. Adaptação do Crescimento e diferenciações celulares. In:\_\_\_\_\_. **Robbins & Cotran Patologia- Bases Patológicas das Doenças**. 8 ed. [SI]: Elsevier Editora LTDA, 2010. p.50-61.

KURASHIMA, A. Y; CAMARGO, B. de .Cuidados Paliativos . In: LOPES, A; IYEYASU, H; CASTRO, R. M.R.P.S. **Oncologia para a Graduação**. 2 ed. São Paulo: Tecmed, 2008. p. 629-642.

LEAL, J.H.S; CUBERO, D.; GIGLIO, A.D. Hormonioterapia paliativa em câncer de mama: aspectos práticos e revisão da literatura. **Revista Brasileira Clinica Medica**,[SI], v.8, n. 4, p.338-43, 2010. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a010.pdf> >. Acesso em: 20 out. 2013.

LOPES, A.; AGUIAR JUNIOR, S. Princípios do Tratamento Cirúrgico. In: LOPES, A.; IYEYASU, H; CASTRO, R.M. R.P.S. **Oncologia para a Graduação**. 2 ed. São Paulo: Tecmed, 2008. p. 169-175.

LOURENÇO, S.Q.C et al. Classificações Histopatológicas para o Carcinoma de Células Escamosas da Cavidade Oral: Revisão de Sistemas Propostos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 53, n.3, p.325-333, 2007. Disponível em:<[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v03/pdf/revisao3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao3.pdf) >. Acesso em: 21 out. 2013.

MACIEL, M.G.S et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. 1ed. Rio de Janeiro : Diagraphic, 2006. Disponível em:<[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CUDUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paliativo.org.br%2Fdl.php%3Fbid%3D28&ei=ysxMUrb-N5GBrQH-94H4Bw&usg=AFQjCNG50iOaMP\\_0hmp19eLx-2x8s7SlhQ&bvm=bv.53537100,d.eWU](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CUDUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paliativo.org.br%2Fdl.php%3Fbid%3D28&ei=ysxMUrb-N5GBrQH-94H4Bw&usg=AFQjCNG50iOaMP_0hmp19eLx-2x8s7SlhQ&bvm=bv.53537100,d.eWU) >. Acesso em: 14 mar. 2013.

MACIEL, M.G.S. Definições e Princípios. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. 1 ed. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p. 15-32. Disponível

em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/05.pdf>> . Acesso em: 27 mar. 2013.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v.51, n. 1. p. 67-77, 2005.

Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v01/pdf/revisao4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao4.pdf)> . Acesso em: 24 fev. 2013.

MARQUES, A.F; OLIVEIRA, D.N de; MARÃES, V.R.F da S. O fisioterapeuta e a morte do paciente no contexto hospitalar: uma abordagem fenomenológica. **Revista Neurociências**, [SI], v. 14, n.2, p. 17-22, 2006. Disponível em:<<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN%2014%2002/Pages%20from%20RN%2014%2002-4.pdf>> . Acesso em: 30 juh. 2013.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, p. 14-19, 2009. Disponível em <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

MENDONÇA, Y.C.de O. **Câncer**: lei, direito e cidadania. [S.l.: s.n. 20--]. Disponível em: <[http://www.agconsult.adv.br/Livreto\\_Cancer.pdf](http://www.agconsult.adv.br/Livreto_Cancer.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2013.

MONTEIRO, D.R; KRUSE, M.H.L. ALMEIDA, M.A. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão Integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 785-793, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400024&script=sci_arttext) >. Acesso em: 27 mar. 2013.

MOTTA, F.M.B.da (Coord.). **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer**. 1 ed. Rio de Janeiro: Unati, 2009. Disponível em:< <http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

MÜLLER,A.M; SCORTEGAGNA,D.; MOUSSALLE, L.D. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 57, n.2, p. 207-215, 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](http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/08_artigo_paciente_oncologica_fase_terminal_percep%C3%A7ao_abordagem_fisioterapeut.pdf)> . Acesso em: 21 fev. 2013.

OKAZAKI, P. B; SEDLAK, E. Cuidados paliativos a pacientes oncologicos em fase terminal. **IX Congresso de Iniciação Científica**, Ourinhos, p. 1-9, [201-]. Disponível em:< [http://fio.edu.br/cic/anais/2010\\_ix\\_cic/pdf/05ENF/29ENF.pdf](http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/29ENF.pdf) >. Acesso em: 10 abr. 2013.

OLIVEIRA, W.I.A. de.; AMORIM, Rita da Cruz. A morte e o Morrer No Processo de Formação do Enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.13, n.2, p.191-198, 2008. Disponível em: <  
<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5580> >. Acesso em: 27 fev. 2013.

PASTORE, C. A; OEHLSCHLAEGER, M.H.K; GONZALEZ, M.C. Impacto do Estado Nutricional e da Força Muscular Sobre o Estado de Saúde Geral e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Trato Gastrointestinal e de Pulmão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 59, n.1, p. 43-49, 2013. Disponível em <  
[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v01/pdf/07-impacto-do-estado-nutricional-e-da-forca-muscular.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/07-impacto-do-estado-nutricional-e-da-forca-muscular.pdf)>. Acesso em: 26 maio. 2013.

PAZIN FILHO, A. Morte: considerações para a prática médica. **Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 20-25, 2005. Disponível em: <  
[http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/2\\_morte\\_consideracoes\\_pratica\\_medica.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/2_morte_consideracoes_pratica_medica.pdf)> . Acesso em: 01 maio. 2013. (?)

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509 , 2005. Disponível em: <  
[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/32/03\\_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf) >. Acesso em: 17 mar. 2013.

PIMENTEL, L.M. Fisioterapeutas. In: SALTZ, E.; JUVER, J (organizadores). **Cuidados Paliativos em oncologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2008. p. 61-68.

POLES, K; BOUSSO, R.S. A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento. **Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediatria**, São Paulo, v.4, n. 1, p. 11-18, 2004. Disponível em: <  
[http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4\\_n.1-art1.pesq-a-enfermagem-e-a-familia-no-processo-da-morte-da-crianca.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol4-n1/v.4_n.1-art1.pesq-a-enfermagem-e-a-familia-no-processo-da-morte-da-crianca.pdf) >. Acesso em: 27 mar. 2013.

RABELLO, C.A.F.G; RODRIGUES, P.H.de A.. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 379-388, 2010. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a13.pdf> >. Acesso em: 30 jul. 2013.

REIS JÚNIOR, L.C; REIS, P.E.A.M. Cuidados Paliativos no Paciente Idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 127-135, 2007. Disponível em: <  
[http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00001568-FISIO\\_V.\\_20\\_N.\\_2.\\_0014.PDF](http://www2.pucpr.br/reol/public/7/archive/0007-00001568-FISIO_V._20_N._2._0014.PDF) >. Acesso em: 24 fev. 2013.

ROSA, Ananda Fialho. et al. Percepção das Enfermeiras Frente aos Sentimentos de Quem Vivencia o Processo de Morte e Morrer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.2, p.204-2011, 2006. Disponível em: <

<http://eduemoj.s.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5076/3295> >. Acesso em: 28 fev. 2013.

SAKURADA, C.K; TAQUEMORI, L.Y. Assistência Domiciliar. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p.120-127. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

SAMPAIO, L.R; MOURA, RESENDE, M.A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 51, n.4, p. 339-346, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v04/pdf/revisao5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao5.pdf)> . Acesso em: 12 mar. 2013.

SANTANA, J.C.B et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioethikos**, São Camilo, v.3, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saocamilo-sp.br%2Fpdf%2Fbioethikos%2F68%2F77a86.pdf&ei=vs1QUu2\\_INex4AOe9ICQBw&usg=AFQjCNE6d7JDSD7Akf60jd\\_FhL5PBqKIkQ&bvm=bv.53537100,d.dmg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saocamilo-sp.br%2Fpdf%2Fbioethikos%2F68%2F77a86.pdf&ei=vs1QUu2_INex4AOe9ICQBw&usg=AFQjCNE6d7JDSD7Akf60jd_FhL5PBqKIkQ&bvm=bv.53537100,d.dmg)>. Acesso em: 26 fev. 2013.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com cancer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo , v.43, n.3, p. 1-7., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>. Acesso: 20 maio. 2013.

SAWADA, N.O; DIAS, A. M; ZAGO, M. M.F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 52, n. 4. p. 323-329, 2006. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v04/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v04/pdf/artigo1.pdf)>. Acesso em: 27 maio. 2013.

SERA, C.T.N; IZZO, H. Fisioterapia. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p. 58-60. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

SERA, C.T.N; MEIRELLES, M.H.C. Dispneia em cuidados paliativos. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Caderno Cremesp, 2008. p.410-415. Disponível em:<[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)> . Acesso em 14 mar. 2013.

SILVA, K.S; KRUSE, M.H.L. Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos e a produção de subjetividades. **Revista da Escola de Enfermagem USP**,

São Paulo, v.46, n.2, p. 460-465, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a26v46n2.pdf> >. Acesso em: 26 fev. 2013.

SILVA, R.C.F da. Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde. **Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 50, n.3, p. 269, 2004. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v03/pdf/RESUMO1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v03/pdf/RESUMO1.pdf) >. Acesso em: 20 out. 2013.

SILVA, R.C.F; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p. 2055-2066, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf> >. Acesso em: 26 fev. 2013.

SNUSTAD, D.peter; SIMMONS, M. A Base Genética do Câncer. In:\_\_\_\_\_. **Fundamentos da Genética**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 716-740, 2008.

SONOBE, H.M; BUETTO, L.S; ZAGO, M.M.F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 342-348, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a05.pdf> >. Acesso em: 26 ago. 2013.

SOUSA, D.M de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Enfermagem**, Piauí, v. 18, n.1, p.41-47, 2009.Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf> . > Acesso em: 18 ago. 2013.

SOUZA, L. G. A. de; BOEMER, M. R. O cuidar em situação de morte: Algumas reflexões. **Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 49-54, 2005. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/7\\_o\\_cuidar\\_situacao\\_morte.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/7_o_cuidar_situacao_morte.pdf) >. Acesso em: 30 jul. 2013.

SPAGNOL, R.P. Os direitos do portador de câncer no estado de direito: Uma questão de cidadania. **Revista Fafibe On Line**, São Paulo, v.1, n.3, p. 1-5, 2007. Disponível em: < <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tYyzCkSldoQJ:www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010102829.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> >. Acesso em: 26 ago. 2013.

SUSAKI, T.T; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J.F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 9-144, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf> . > Acesso em: 18 ago. 2013.

TEIXEIRA, L.A; PORTO, M; HABIB, P.A.B.B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: < [http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012\\_3/artigos/CSC\\_v20n3\\_375-380.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf)>. Acesso em: 26 Jul. 2013.

TEIXEIRA, L. A; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: O INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde, p. 9-274, 2007. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_desconhecida\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf)  
 f >. Acesso em: 25 maio. 20013.

TONEZZER, T. et al. Uso da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea aplicado ao ponto de acupuntura PC6 para a redução dos sintomas de náusea e vômitos associados à Quimioterapia Antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v.58, n.1, p. 7-14, 2012. Disponível em: <  
[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v01/pdf/03\\_artigo\\_uso\\_estimulacao\\_eletrica\\_nervos\\_n\\_transcutanea\\_aplicado\\_ponto\\_acupuntura\\_PC6\\_reducao\\_sintomas\\_nausea\\_vomitos\\_associados\\_quimioterapia\\_antineoplasica.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/03_artigo_uso_estimulacao_eletrica_nervos_n_transcutanea_aplicado_ponto_acupuntura_PC6_reducao_sintomas_nausea_vomitos_associados_quimioterapia_antineoplasica.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

UNTURA, L. P; REZENDE, L. F.de. A Função Cognitiva em Pacientes Submetidos à Quimioterapia: uma Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [SI], v. 58, n. 2, p. 257-265, 2012. Disponível em:  
 <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v02/pdf/16\\_revisao\\_funcao\\_cognitiva\\_ppaciente\\_submetidos\\_quimioterapia\\_revisao\\_integrativa.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/16_revisao_funcao_cognitiva_ppaciente_submetidos_quimioterapia_revisao_integrativa.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2013.

VASCONCELOS, C. S de. **Direitos dos Doentes de Câncer e Outras Doenças Graves**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2004. Disponível em: <  
[http://www.cbmerj.rj.gov.br/documentos/apostilas%20-%20cartilhas%20-%20manuais/Cartilha\\_de\\_Direitos.pdf](http://www.cbmerj.rj.gov.br/documentos/apostilas%20-%20cartilhas%20-%20manuais/Cartilha_de_Direitos.pdf)>. Acesso em: 24 ago. 2013.

VILLA, M. C da E; PEREIRA, W.R. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso – uma abordagem crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n. 4, p. 1037-1042, 2009. Disponível em:<  
[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a31.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a31.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2013.

VOGEL, F; MOTULSKY, A.G. Mutação : Mutação somática, câncer e envelhecimento. In:\_\_\_\_\_. **Genética Humana**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 355-376.

VOLPE, M.C.M. Faça valer seus direitos. **Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves**. 2 ed. São Paulo: Lince Gráfica e Editora, p. 3-60, 2006. Disponível em: <<http://abrela.beesoft.com.br/img/facavalerseusdireitos.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

WHITE, Lois; DUNCAN, Gena; BAUMLE, Wendy. Cuidados no Fim da Vida. In:\_\_\_\_\_. **Fundamentos de Enfermagem Básica**. 3 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p. 270-304.