



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

BRUNA HELOISA DIAS SANTOS

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: MORTE EM
SAÚDE**

ARIQUEMES - RO

2020

BRUNA HELOISA DIAS SANTOS

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: MORTE EM
SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Clediane Molina de Sales

ARIQUEMES - RO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SA237a	SANTOS, Bruna Heloisa Dias. Atuação fisioterapêutica nos cuidados paliativos: morte em saúde . / por Bruna Heloisa Dias Santos. Ariquemes: FAEMA, 2020. 40 p. TCC (Graduação) - Bacharelado em Fisioterapia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Esp. Clediane Molina de Sales. 1. Cuidados Paliativos. 2. Morte. 3. Luto. 4. Humanização da assistência . 5. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. I Sales, Clediane Molina de. II. Título. III. FAEMA. CDD:615.82
--------	--

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Acucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

BRUNA HELOISA DIAS SANTOS

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: MORTE EM
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
para obtenção do Grau em Bacharel
em Fisioterapia apresentado à
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente.

Orientadora: Prof.^a Esp. Clediane
Molina de Sales.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Esp. Clediane Molina de Sales
Faculdade De Educação E Meio Ambiente (FAEMA)

Prof.^a Ms. Jessica Castro dos Santos
Faculdade De Educação E Meio Ambiente (FAEMA)

Prof.^a Ms. Patricia Caroline Santana
Faculdade De Educação E Meio Ambiente (FAEMA)

Ariquemes-RO

2020

A minha família, em especial a minha mãe Angela Dias De Lima e ao meu pai Deusdete Batista dos Santos pelo incentivo e aos meus amigos pela compreensão nas horas de ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

A minha orientadora Prof.^a Esp. Clediane Molina de Sales, pelo incentivo compreensão e acolhimento, sempre encorajando-me a continuar e me amparando quando necessário.

A minha querida mãe que sempre acreditou na minha capacidade, e mesmo longe sempre esteve presente, me ouvindo e aconselhando.

Ao meu querido pai que realizou esta caminhada comigo me dando força e assistência.

A minha querida avó, Dona Maria que me abrigou em sua casa e em seu coração.

Ao meu querido irmão, que sempre foi, e será a pessoa mais importante da minha vida.

Aos meus familiares, em especial as minhas tias: Nita, Neide e Marli que sempre me incentivaram e auxiliaram para que eu chegasse até aqui.

Aos meus amigos pela compreensão nas horas de ausência, e por todos os momentos de distração que foram fundamentais para a conclusão dessa etapa.

E a todos, que de certa forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui e concluísse mais esse ciclo da minha vida. Muito obrigada!

*“Sobre a arte de ganhar existem muitas lições, mas sobre a arte de perder?
Ninguém quer falar a respeito disso, mas a verdade é que passamos muito
tempo da vida em grande sofrimento quando perdemos bens, pessoas,
realidades, sonhos.”*

*Saber perder é a arte de quem conseguiu viver plenamente o que ganhou um
dia.”*

Ana Claudia Quintana Arantes

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Princípios que esclarecem o conceito de Cuidados Paliativos.....	17
Quadro 02 - Princípios de atendimento aos pacientes terminais.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS

CP	Cuidados Paliativos
DLM	Drenagem Linfática Manual
FES	Estimulação Elétrica Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
TENS	Eletroestimulação Transcutânea
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

RESUMO

A morte é um fenômeno cotidiano e provoca sentimentos e reações variadas. O paciente que se encontra fora de possibilidades terapêuticas de cura, não apenas em sua fase terminal, mas durante todo o processo da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual. O conhecimento técnico aqui é tão essencial quanto a competência humanitária no exercício da humildade para perceber o limite da vida. Nesse momento, a atuação profissional não visa a medidas de prolongamento artificial da vida, mas sim proporcionar o maior conforto possível para a pessoa viver em plenitude tanto quanto puder até o momento da sua morte. É neste contexto que o fisioterapeuta pode atuar, de forma a complementar a abordagem paliativa a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente necessita. O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura desenvolvida através de consultas no acervo bibliográfico digital disponível e artigos científicos indexados e publicados nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Com o objetivo de destacar a atuação do fisioterapeuta e investigar os recursos cinesioterapêuticos disponíveis nos cuidados paliativos. Conclui-se que a fisioterapia possui um grande número de métodos de intervenções úteis no tratamento paliativo. Dessa forma o fisioterapeuta por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, proporciona alívio de sofrimento, dor e outros sintomas estressantes; além de oferecer suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Morte. Luto. Humanização da assistência. Serviço Hospitalar de Fisioterapia.

ABSTRACT

Death is an everyday phenomenon and causes varied feelings and reactions. The patient who is out of therapeutic possibilities of cure, not only in his terminal phase, but throughout the disease process, has very specific physical, psychological, social and spiritual weaknesses and limitations. Technical knowledge here is as essential as humanitarian competence in the exercise of humility to perceive the limit of life. At that time, professional performance is not aimed at measures to artificially prolong life, but rather to provide the greatest possible comfort for the person to live as fully as possible until the moment of their death. It is in this context that the physiotherapist can act, in order to complement the palliative approach in order to obtain, within his professional reach, the care that the patient needs. The present study is a narrative review of literature developed through consultations in the available digital bibliographic collection and scientific articles indexed and published in the following databases: Google Scholar and Virtual Health Library (VHL). In order to highlight the role of the physiotherapist and investigate the kinesiotherapeutic resources available in palliative care. It is concluded that physiotherapy has a large number of intervention methods useful in palliative treatment. Thus, the physiotherapist, through a multidisciplinary and interdisciplinary approach, provides relief from suffering, pain and other stressful symptoms; in addition to providing support for patients to live as actively as possible.

KEYWORDS: Palliative Care. Death. Mourning. Humanization of assistance. Hospital Physiotherapy Service.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	14
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 CUIDADOS PALIATIVOS E OS DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE	17
4.2 DOR E PERDA: O PROCESSO DE LUTO	20
4.3 A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO	23
4.4 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS	26
4.4.1 Terapia para alívio da dor	26
4.4.2 Massoterapia nos cuidados paliativos	26
4.4.3 Termoterapia nos Cuidados Paliativos	27
4.4.4 Atuação nas complicações osteomioarticulares	28
4.4.5 Cuidados as úlceras de pressão	28
4.4.6 Terapia para alívio dos sintomas psicofísico	29
4.4.7 Reabilitação de complicações linfáticas	29
4.4.8 Atuação na fadiga	30
4.4.9 Melhora da função pulmonar	31
4.4.10 Melhora do declínio neurológico	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	39
ANEXO A.....	39
ANEXO B.....	40

1 INTRODUÇÃO

A morte é um fenômeno cotidiano e provoca sentimentos e reações variadas. Embora o homem possua a consciência de que sua existência ocorre dentro de um período, que se desenvolve a partir do nascimento até a morte. O morrer, frequentemente, não é considerado como um processo natural e está envolvido em mistérios e receios (BANDEIRA et al., 2014).

Segundo PRADO et al. (2018) a vida humana é complexa e enfrentar a sua finitude também. Nas culturas ocidentais, destacando a realidade brasileira, o significado da morte passou por muitas mudanças. Cada sociedade apresenta sua própria cultura, com crenças, ritos e hábitos que possibilitam para as pessoas significados diferentes para a terminalidade e morte, assim como mecanismos para confrontar essa realidade.

Sobretudo à habilidade em lidar com o processo de morte e morrer, a diferença básica entre leigos e os profissionais de saúde é que na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diário. Todavia, observar a morte pode estabelecer um acesso para a compreensão sobre a morte e o morrer (SOUZA et al., 2013).

Conforme DA SILVA et al. (2019) no ambiente hospitalar o processo de morte e morrer exige com que os profissionais de saúde descubram estratégias amparadas em concepções pessoais para o seu enfrentamento. Esses artifícios, muitas vezes, estão baseados em experiências vivenciadas, tais como histórias pessoais e morte de familiares, modo de lidar com o luto, aspectos culturais, formação universitária e capacitação no serviço em que atua, impondo ao profissional uma resignificação não só em relação à morte, mas também ao cuidado prestado ao paciente terminal.

Desta forma, os cuidados paliativos representam o interesse a promoção da humanização no atendimento de pacientes que se encontram fora de possibilidade terapêutica de cura, através de uma abordagem que permite que o processo de morte seja vivido com dignidade, acompanhando as questões éticas de respeito à vida. Os Cuidados Paliativos (CP) seguem o seguinte pensamento: confirmar a morte como a ordem natural da vida; buscar o alívio da

dor e de outros sintomas angustiantes; não apressar e nem adiar a morte; liberar um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver enérgico quanto possível até sua morte; integralizar as questões psicológicas, espirituais e sociais no atendimento ao paciente; e proporcionar um plano de assistência para os familiares do paciente no decorrer do processo de luto (GUEDES, 2015).

Além do mais, os auxílios terapêuticos podem amparar de forma eficiente para as alterações morfológicas e funcionais dos cuidados fornecidos ao paciente e familiares, assim como aos profissionais incluídos no processo de morte e luto, auxiliando-os a perceber a morte de outras formas. E para o alívio do sofrimento, e desejo de melhor qualidade de vida e de morte, frequentemente os doentes solicita a colaboração da família e de seus cuidadores (HAYASIDA et al., 2014).

Neste contexto, o interesse em estudar a morte surge da intenção de incentivar uma reflexão acerca do fenômeno da morte e do morrer, considerando as limitações particulares dos seres humanos. Desde as dificuldades em lidar com a morte e na assistência aos pacientes fora de possibilidade de tratamento curativo, bem como a importância do processo de formação, para que haja profissionais aptos para lidar com a terminalidade. Assim, o objetivo do presente estudo é destacar a atuação do fisioterapeuta e investigar os recursos cinesioterapêuticos disponíveis nos cuidados paliativos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Destacar a atuação do fisioterapeuta e investigar os recursos cinesioterapêuticos disponíveis nos cuidados paliativos.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Definir cuidados paliativos, situações onde ocorrem e o processo de luto.

Discorrer sobre a abordagem multidisciplinar e os desafios da equipe de saúde.

Discorrer sobre a atuação fisioterapêutica e a importância da humanização.

Apontar quais as técnicas e recursos comumente utilizados pelo fisioterapeuta nos cuidados paliativos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura desenvolvida através de consultas no acervo bibliográfico digital disponível e artigos científicos indexados e publicados nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e U.S. National Library of Medicine (PubMed).

Para a busca dos dados optou-se pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Cuidados Paliativos; Morte; Luto; Humanização da assistência, Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Foi determinado a predileção por publicações mais atuais sobre os temas em questão, porém foram utilizados artigos de 2005 a 2019. A seleção ocorreu de abril de 2020 a julho de 2020.

Como critérios de inclusão para revisão de literatura foram usados periódicos publicados, monografia, dissertações coerentes com tema da pesquisa, com resumo e texto completos disponíveis online; escritos em inglês, português ou espanhol, portanto, foram excluídos os materiais que não abordam a temática proposta e/ou que não atende aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas, a primeira pesquisa, no portal da BVS foi filtrado 161 artigos e descartados após ler o título e o resumo dos quais ficaram apenas 37. Na segunda etapa foram filtrados 94 dos quais apenas 34 foram selecionados a partir da leitura do título e resumo. E as outras obras foram selecionadas utilizando os mesmos critérios à partir do Google acadêmico. A estratégia de busca utilizada e os respectivos resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultado da busca dos estudos nas bases de dados.

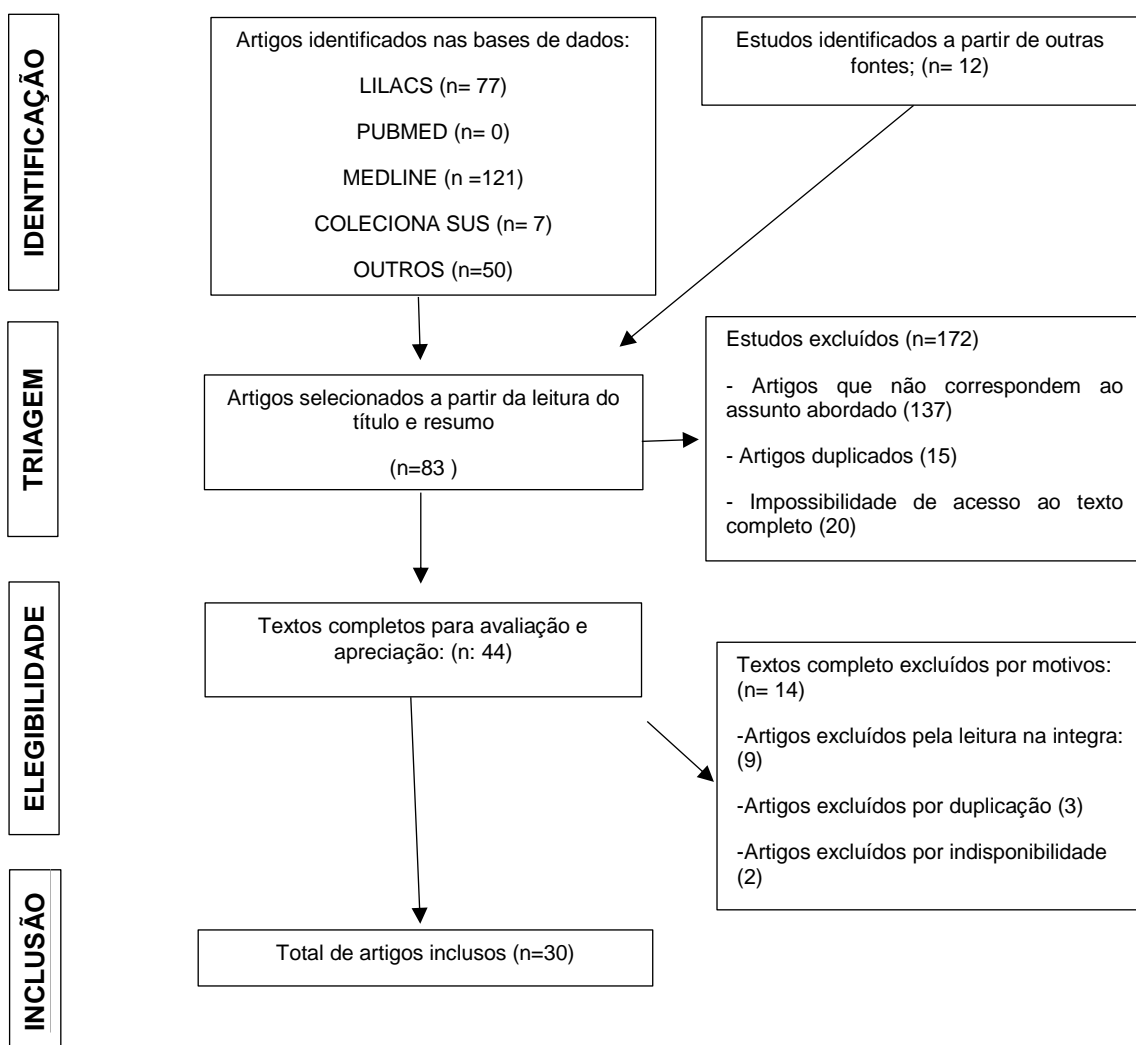
TOTAL DE ESTUDOS IDENTIFICADOS NAS BASES DE DADOS						
DESCRITORES	BASES DE DADOS					
	LILACS	PUBMED	MEDLINE	COLECCIONA SUS	OUTROS	TOTAL
Fisioterapia AND fase terminal	1	X	8	X	X	9

Reabilitação AND cuidados paliativos	18	X	4	X	9	31
Cuidados Paliativos AND Fisioterapia	13	X	109	2	6	130
Cuidados paliativos AND humanização da assistência	45	X	X	5	35	77

Elaborado pelo próprio autor (2020).

A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta- Analyses). Os resultados obtidos em cada etapa foram sintetizados em fluxograma (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, 2020.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor segundo o método de PRISMA (2020).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CUIDADOS PALIATIVOS E OS DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE

O paciente que se encontra fora de possibilidades terapêuticas de cura, não apenas em sua fase terminal, mas durante todo o processo da doença, apresenta debilidades e algumas limitações muito distintas de características psicológica, física, espiritual e social. Refere-se a aquele paciente, no qual a ciência não possui meios para impedir o avanço fatal da doença levando a interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo (MELO et al., 2013).

Os profissionais da saúde instruídos e capacitados para fazer todo o possível para manter o paciente vivo, veem-se na perplexidade diante de um indivíduo com doença crônica em fase avançada, que já não responde a qualquer recurso terapêutico. O conhecimento técnico aqui é tão essencial quanto a competência humanitária no exercício da humildade para perceber o limite da vida. Nesse momento, a atuação profissional não visa a medidas de prolongamento artificial da vida, mas sim proporcionar o maior conforto possível para a pessoa viver em plenitude tanto quanto puder até o momento da sua morte (BÚRLA; PY, 2014).

Dessa maneira, os CP é uma abordagem que proporciona a qualidade de vida dos doentes e seus familiares, que encaram enfermidades que ameaçam a continuidade da vida, mediante a prevenção e alívio do sofrimento. Estes pacientes necessitam de intervenção precoce para realização da avaliação e utilização de recursos terapêuticos para o alívio da dor, além de outros procedimentos de natureza física, psicossocial e espiritual (DA SILVA, 2016).

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o conceito em 1990 e foi atualizado em 2002.

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

A partir da definição da OMS, Byock (2009) apud Gomes e Othero (2016) especificaram os princípios que esclarecem o conceito conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Princípios que esclarecem o conceito de Cuidados Paliativos

GENTES/ EQUIPE ENVOLVIDOS	CUIDADOS PALIATIVOS
EQUIPES MULTIPROFISSIONAL E CUIDADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Devem compreender a morte como um processo natural, que faz parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico. E os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prorrogam o processo de morrer. • A experiência do adoecimento deve ser entendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado.
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Os Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe multidisciplinar. • A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência • O controle de sintomas é um objetivo principal do tratamento. Os sintomas precisam ser frequentemente avaliados e realmente manuseados. • As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética.
PACIENTE E FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • A família deve ser cuidada com tanta consideração quanto o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados. • Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais. • A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

Dessa forma o Quadro 1 apresenta os princípios que são necessários para a melhor compreensão do conceito de CP e sua divisão elencando o que cada equipe é responsável em relação a compreensão e execução das atividades.

Segundo Hermes e Lamarca (2013) seus princípios incluem: reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; determinar um tratamento que não agilize o processo de morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto.

A OMS (2002) aponta que se deve iniciar o tratamento paliativo o mais precocemente possível, simultaneamente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. E que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida.

Dessa maneira os CP têm por objetivo oferecer um modo de morrer que acolha o paciente, seu cuidador e sua família, dando-lhes amparo para enfrentar este momento difícil de suas vidas, amparo, este, estendido à fase de luto. Ações terapêuticas que priorizem o alívio de sintomas estressores como, por exemplo, a dor, criando-se, com estas medidas, uma atmosfera de cuidado que facilite o reconhecimento do momento extremamente frágil em que vive o paciente, estabelecendo-se uma rede de suporte que o acolha e o proteja (FLORIANE; SCHARAMM, 2007).

Vale salientar a importância da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade diante das necessidades do paciente sob CP, considerando que sintomas como dor e dispneia podem apresentar características complexas e incapacitantes, e o sucesso terapêutico requer múltiplos esforços para a obtenção de bons resultados. (PINTO; et al., 2009).

Segundo Costa filho et al. (2008) a equipe multidisciplinar, deve incluir várias especialidades médicas, enfermeiras, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes. Todos esses profissionais

são importantes, uma vez que os CP buscam identificar e diminuir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual ou social. Dessa maneira, é necessário que os CP sejam realizados em todos os setores de cuidados em saúde: como emergências, unidades de terapia intensiva (UTI), enfermarias, internações domiciliares, e também em hospícios, que no Brasil poderíamos chamar de instituições asilares nível 3. Pois os CP devem ser prestados aos pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura.

4.2 DOR E PERDA: O PROCESSO DE LUTO

O termo "terminal" possui várias definições. Uma delas diz respeito ao paciente que se encontra no período final de uma doença, portanto próximo da morte, a compreensão da morte na visão do paciente terminal se modifica em cada etapa do ciclo de vida. Na infância, a morte pode ser retratada de acordo com a modificação do pensamento e da linguagem. Para o adulto, a morte vai proceder do conhecimento adquirido tanto físico como psicológico pelo qual se está passando. Já, para o idoso, a morte pode ser caracterizada em uma concepção de maior resignação. Entretanto a maioria das pessoas não estão preparadas para encarar a finitude da vida, incluindo os doentes e seus cuidadores (PAIVA; JUNIOR; DAMAZIO, 2014).

A morte pode desencadear reações de luto. A família em que um de seus integrantes recebe o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal, vivencia o processo de luto. Dessa forma, também engloba o processo cognitivo, emocional e comportamental experimentado pela pessoa que recebe o diagnóstico. O indivíduo, a família e os demais integrantes da rede social vivenciam o impacto causado pela notícia e pela dor da perda iminente. Considerando que este processo tem a peculiaridade de se instalar em vida, é denominado luto antecipatório. As reações como raiva, depressão, desorganização e reorganização, são comuns no luto antecipatório, de modo semelhante ao luto propriamente dito (DE OLIVEIRA et al., 2018).

É importante que a equipe reconheça o que é um luto normal, afim de que consiga reconhecer as alterações anormais que precisem de um suporte ou intervenção terapêutica. Segundo Kubler-Ross (1998), após estudos de paciente com câncer, há alguns estágios do luto: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (NUNES, 2015).

A primeira fase do luto, de acordo com o “Método Kübler-Ross” é a negação. Quando uma pessoa recebe a notícia de que um ente querido morreu, sua primeira reação, na maioria das vezes, é dizer “não”, ou ainda “isso não pode ser verdade” (GRIGOLETO, 2015).

A segunda fase é a raiva, onde já não é possível negar a perda, a raiva surge diversas vezes juntamente de ressentimento, inveja e revolta. São reações geralmente dirigidas para quem está próximo, como familiares, amigos e equipe de saúde (MARINHO; MARINONIO; RODRIGUES, 2007).

A terceira fase diz respeito a barganha, que é reconhecida no terceiro estágio de reação à perda, é uma tentativa, de negociar ou adiar os temores diante da situação; as pessoas buscam firmar acordos com figuras que segundo suas crenças teriam poder de intervenção sobre a situação de perda. Geralmente esses acordos e promessas são direcionados a Deus e mesmo aos profissionais de saúde que a acompanham (BASSO; WAINER, 2011).

A quarta fase é a depressão, essa fase retrata que é muito importante que a depressão nesse contexto de perda inicial, não deve ser compreendida como um estado patológico, que requeira a intervenção de medicamentos. A depressão, neste momento, deve ser compreendida como uma reação normal e apropriada após a perda de um ente querido (GRIGOLETO, 2015).

A última fase da reação à perda é o de aceitação. Quando se chega a esse estágio, as pessoas apresentam-se mais serenas frente ao fato de morrer. É o momento em que conseguem expressar de forma mais clara sentimentos, emoções, frustrações e dificuldades que as circundam. Quanto mais negarem, mais dificilmente chegarão a este último estágio. Porém é importante ressaltar que, essas fases não são um roteiro a ser seguido e que podem sofrer alterações de acordo com cada experiência pessoal (BASSO; WAINER, 2011).

Diante da terminalidade do ente querido, a família se confronta com momentos difíceis de suportar psicologicamente, atingir o equilíbrio neste processo é a tarefa mais difícil de ser alcançada. A morte ou a ameaça da perda tem um impacto perturbador sobre o equilíbrio funcional; a intensidade da reação emocional está relacionada com o nível de integração emocional da família no momento da perda e com a importância funcional do membro perdido. Uma família mais integrada pode reagir emocionalmente de forma mais direta no momento, mas se adaptar rapidamente; diferentemente, uma família menos integrada, pode demonstrar pouca reação imediata, mas responder posteriormente com problemas físicos ou emocionais (MONTEIRO; MAGALHÃES; MACHADO, 2017).

Em relação ao profissional-paciente-família, o centro de assistência não necessita ser voltado apenas à pessoa em fase terminal, mas a todo o grupo familiar, visto que a família também necessita ser amparada, considerando seu papel de contribuir nas tarefas de apoio ao paciente. Dessa forma, devido à todo o processo que estão expostos ao passar por essa fase, o olhar da equipe multidisciplinar deve se voltar também para a família, que se prepara para perder seu ente querido (PAIVA; JUNIOR; DAMAZIO, 2014).

O trabalho em equipe, em CP, deve ser interdisciplinar, frente à multidimensionalidade das necessidades dos indivíduos que vivenciam o processo de morrer e à demanda pela ação integral e conjunta de profissionais de saúde em prol de proporcionar qualidade de vida ao doente. Somente com a união entre os membros da equipe, tomando decisões e resolvendo problemas juntos, pode-se alcançar a eficácia, a eficiência e a efetividade da assistência ao sujeito em situação de dor e sofrimento no fim da vida (RODRIGUEA, CAZETA; LIGEIRO, 2015)

Entretanto, o CP como modalidade de intervenção diferencia-se dos Cuidados ao Fim da Vida. Os CP devem ser aplicados ao paciente empregados, juntamente a outras terapêuticas de acordo com o seu caso, a partir do diagnóstico de uma doença incurável e progressiva. Já os Cuidados ao Fim da Vida são uma parte importante dos CP, pois refere-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento

em que fica claro que ele se encontra em um estado de declínio progressivo e permanente, aproximando-se da morte (BURLÁ; PY, 2014).

4.3 A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS E A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO

A fisioterapia possui muitas especialidades, as quais podem se deparar com pacientes sem possibilidade de cura, como os internados em UTI e os acometidos por doenças neurodegenerativas. Dessa forma, a característica marcante desse campo é a aproximação terapêutica, de modo que o profissional pode ser visto pelo doente como alguém de confiança ou um “amigo” (COSTA; DUARTE, 2019).

É nesse caso que o profissional fisioterapeuta ira exercer de maneira a inteirar a abordagem paliativa com a intenção de alcançar, dentro de seu espaço profissional, a assistência que o paciente carece. Tendo como objetivo destacar a atenção de qualidade técnico-científica, ressaltando as questões humanistas (MARCUCCI, 2005).

A área da Fisioterapia voltada aos Cuidados Paliativos propõe-se a proporcionar melhor qualidade de vida aos doentes com enfermidades avançadas ou em progressão, através de métodos que recuperem funcionalmente o indivíduo, além de, prestar assistência ao cuidador de forma a lidar com a evolução rápida da doença (FLORENTINO et al., 2012).

A perda da funcionalidade acompanha a trajetória da maioria das doenças que ameaçam a continuidade da vida, somando-se às profundas alterações físicas, emocionais e espirituais experimentadas pelos pacientes a partir do diagnóstico e até a morte. Essa condição é sempre heterogênea, variando de acordo com a patologia e sua progressão, a idade, as comorbidades, a terapêutica utilizada e a condição física, emocional, espiritual e social de cada paciente. (MINOSSO; SOUZA; OLIVEIRA, 2016).

Segundo Felício; Pereira e Gomes (2006), existem cinco princípios relevantes na atenção aos pacientes terminais. São eles: a veracidade, da

proporcionalidade terapêutica, do duplo efeito, da prevenção e do não abandono. Segue no Quadro 2 abaixo a definição de cada um desses princípios:

Quadro 2 – Princípios de atendimento aos pacientes terminais

PRINCÍPIOS	CONCEITO
Veracidade	É o critério da segurança nas relações entre as pessoas. Informar sempre a verdade ao doente e seus familiares é um benefício para eles (princípio da beneficência)
Proporcionalidade terapêutica	É a obrigação moral de implementar todas as medidas terapêuticas que tenham relações de intensidade entre os mecanismos utilizados e os efeitos esperados.
Duplo efeito	Diz respeito às circunstâncias que necessitam de observação para o desempenho de um ato que possui dois resultados, um bom e o outro mau, que seja considerado licito. Por exemplo, dor intensa versus efeitos colaterais de medicação.
Prevenção	Previsão de possíveis complicações ou sintomas que com maior frequência se apresentam na evolução de uma determinada condição clínica. Deve-se implementar medidas de prevenção, aconselhar familiares, e evitar sofrimento desnecessário.
Não abandono e tratamento da dor	Em ocorrência de grande oposição de consciência, estaria eticamente improcedente desamparar um paciente porque este, rejeita determinados procedimentos.

Elaborado a partir de Felício; Pereira e Gomes - (2006).

O Quadro 2 representa os princípios que são importantes para que haja um atendimento integral aos pacientes sob CP em fase terminal.

A abordagem multidisciplinar é importante para os CP devido comprovar que nenhuma área profissional atinge todos as referências incluídas na assistência aos pacientes em fase terminal, o que concebe salientar a importância do emprego das funções coletivas, concedendo a combinação de diversas habilidades, afim de proporcionar um tratamento completo. É nesta circunstância que o profissional da área da fisioterapia pode exercer seu ofício,

de maneira a acrescentar a abordagem paliativa, disposto a agregar, por meio de suas habilidades terapêuticas, o cuidado que o paciente necessita (MARCUCCI, 2005).

O fisioterapeuta exerce seu papel na prevenção nas desordens funcionais, ou seja, nas modificações osteomioarticulares, disfunções respiratórias, e alterações por desuso, que provoquem agravos físicos e funcionais ao paciente. Por meio de orientações domiciliares, diagnóstico e intervenção precoce, promovendo atividades que contribuem para proporcionar melhor qualidade de vida e a diminuição dos gastos pessoais e hospitalares. A assistência deve ser exercida em todas as fases da doença: no pré-tratamento, durante o tratamento, e após o tratamento, na recidiva da doença e nos cuidados paliativos (FLORENTINO et al., 2012).

Os profissionais da fisioterapia possuem diversos recursos que podem auxiliar no tratamento paliativo de pacientes. Esses recursos são utilizados para ampliar o tratamento para os indivíduos em fase terminal, supervisionando e reduzindo os indícios e manifestações físicas, psicológicas e espirituais. Desta maneira, tem como objetivo, à elaboração e conservação da autonomia funcional do indivíduo, por meio da conservação da vida e atenuação das manifestações clínicas, através dos recursos fisioterapêuticos (OLIVEIRA et al., 2014).

O fisioterapeuta, através da sua avaliação, vai determinar um programa de tratamento adequado com aplicação de recursos, técnicas e exercícios, visando, por meio de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio de sofrimento, dor e outros sintomas estressantes; além de fornecer assistência para que esses indivíduos vivam de maneira mais funcional permitido, com impacto sobre a qualidade de vida, com dignidade e conforto; e suporte para ajudar os familiares na assistência ao paciente, no enfrentamento da doença e no luto (Pinto et al., 2009).

4.4 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS NOS CUIDADOS PALIATIVOS

4.4.1 Terapia para alívio da dor

Os recursos de eletroterapia são selecionados a partir de determinados fatores como a finalidade da terapia e a condição do paciente, entretanto, é comum a utilização de eletroestimulação transcutânea (TENS), corrente interferencial, estimulação elétrica funcional (FES) e corrente russa. Pois, os resultados destas variantes abrangem a analgesia, o relaxamento muscular, a estimulação muscular, a propriocepção e o reforço muscular (BATISTON; MATOS; ARRUDA, 2017).

Os procedimentos promovidos pela terapia manual podem ser aproveitados para auxiliar no o alívio da dor, na redução da tensão muscular, aumentando a circulação tecidual e minimizando a ansiedade do indivíduo. Pode também proporcionar a atenuação da tensão muscular causada pela dor, a utilização de alongamentos é eficiente e pode ser empregada com destreza e acessível ao paciente, porem sempre que necessário deve ser realizado com supervisão de um fisioterapeuta ou fisiatra (MARCUCCI, 2005).

4.4.2 Massoterapia nos cuidados paliativos

A massoterapia pode ser utilizada com a finalidade de induzir o relaxamento muscular e a diminuição da dor, reduzir o estresse, os níveis de ansiedade e parte das sequelas causadas pelos medicamentos utilizados, como as náuseas e vômitos. O benefício final é a melhora das qualidades de sono e vida. A massagem, além de sua indicação na melhora da dor, é um recurso terapêutico utilizado na intensificação do relacionamento, favorece maior resistência contra as doenças, estimula digestão e eliminação de gases e diminui cólicas (devido ao relaxamento do trato gastrointestinal), além de estimular respiração e circulação (PINTO et al., 2009).

Segundo Da Silva e Da Silva (2017), a massagem possibilita o benefício de melhorar a circulação sanguínea e linfática, estimulando o metabolismo do

tecido muscular e a elasticidade, promovendo relaxamento, com o aumento de atividade parassimpática e da redução da atividade simpática e assim, proporcionando sensação de conforto e de bem-estar.

Além disso, o fisioterapeuta tem como possibilidade terapêutica a drenagem linfática manual (DLM), que é o método terapêutico escolhido na presença de quadros de edemas e linfedemas, associadamente a medidas como enfaixamento compressivo funcional, posicionamento adequado e a execução de exercícios e mobilizações são indicados para estimular o retorno venoso-linfático (BATISTON; MATOS; ARRUDA, 2017).

4.4.3 Termoterapia nos Cuidados Paliativos

A crioterapia é um recurso amplo que engloba um número de procedimentos específicos. O termo crioterapia pode ser definido como: terapia através do frio. Dessa forma a utilização do gelo ou emprego do frio com finalidades terapêuticas é, dessa maneira, crioterapia. Ou seja, a crioterapia é a utilização com o intuito terapêutico de qualquer elemento ao corpo ocasionando em uma diminuição da temperatura corporal e, por intermédio da diminuição da temperatura tecidual, pode ser aplicada em alterações musculoesqueléticas, em traumas, e em processos inflamatórios agudos (GUIMARÃES; ASSIS, 2016).

A termoterapia é um método que proporciona o aumento da circulação, o relaxamento muscular, a melhora do metabolismo, a extensibilidade dos tecidos moles, a modificação das características viscoelásticas teciduais e a diminuição do processo inflamatório. Essa modalidade através do calor superficial pode ser aplicada por meio do emprego de bolsas térmicas, banhos de contraste, banhos de parafina, infravermelho, forno de Bier, hidroterapia de turbilhão, já em relação ao calor profundo, os métodos com mais destaque são o ultrassom, ondas curtas, laser e micro-ondas (FLORENTINO et al., 2012).

4.4.4 Atuação nas complicações osteomioarticulares

Os pacientes em fase terminal são propícios a desenvolver a Síndrome do Desuso, devido ao longo período de descanso e a debilidade física, o qual é capaz de motivar ou até intensificar os graus de dor e outras complicações, dessa forma, é necessário sempre prevenir a Síndrome do Desuso. Essa síndrome engloba fraqueza muscular, descondicionamento cardiovascular, respiração superficial, modificações psicológicas (ansiedade, mudança de humor, irritabilidade), além de desvios posturais. O imobilismo causa modificações em todas as variedades de tecidos que formam o sistema musculoesquelético. Os principais músculos que são atingidos são os antigravitacionais e de contração lenta, seguidos pelos músculos biarticulares e os menos afetados são os músculos de contração rápida. Essas modificações podem ser analisadas em um curto período de tempo (PAIÃO; DIAS, 2012).

Segundo Marcucci (2005), a perda da capacidade de andar é comum e a intervenção fisioterapêutica deve iniciar o mais precoce possível afim de melhorar a funcionalidade e reajustar o cotidiano do indivíduo. Assim sugere os exercícios com cargas leves ou moderadas para os principais grupos musculares, exercícios de alongamento, atividades com descarga de peso como caminhadas, ciclismo, precisam ser incluídos na etapa terapêutica e na preventiva, estes exercícios possuem a finalidade de melhorar o estímulo mecânico sobre a articulação o que aumenta a formação de líquido sinovial além de aumenta a massa óssea. Dessa maneira, o retorno à atividade é importante, pois auxilia na atividade de reestruturação após um intervalo de inutilidade.

4.4.5 Cuidados as úlceras de pressão

O imobilismo acomete principalmente o sistema musculoesquelético, seguido das alterações tegumentares, que desencadeiam o desenvolvimento de úlceras de pressão, principalmente em locais que possuem menor índice de tecido adiposo e nos locais de proeminências ósseas (GOES; et al., 2016).

As úlceras de decúbito manifestam-se muitas vezes devido aos cuidados desprovidos de qualidade, dessa forma, deve ressaltar a importância da prevenção. A diminuição da pressão é fundamental para a prevenção, entretanto é imprescindível o emprego associado da equipe da troca de decúbito do paciente. Contudo existem recursos fisioterapêuticos eficientes no tratamento das úlceras, os mais comuns são o ultrassom, o laser e luz ultravioleta (MARCUCCI, 2005)

4.4.6 Terapia para alívio dos sintomas psicofísico

Segundo Marcucci, (2005), o estresse e a depressão conseguem tornar-se um fator acentuado de diversas patologias, todas elas associadas de certa maneira à estimulação exagerada e prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Dessa maneira pacientes que confrontam uma patologia sem intervenções terapêuticas disponíveis, o estresse é abundante e consecutivo intensificando uma patologia para a qual já não há nenhuma intervenção curativa.

Nesses casos, as técnicas de relaxamento envolvidas na prática fisioterapêutica são capazes de ser frutíferas no momento que existe a probabilidade de um trabalho juntamente com o psicólogo, psiquiatra e o educador físico. Existem diferentes procedimentos, como exemplo as terapias manuais, o método watsu, oyoga, o relaxamento induzido, o tai-chi-chuan e exercícios físicos (DA CUNHA; GARDENGHI, 2014).

4.4.7 Reabilitação de complicações linfáticas

O linfedema é o termo utilizado para se referir a quantidade incomum de líquido rico em proteínas no espaço intersticial resultante da drenagem linfática insatisfatória. O linfedema causa alterações físicas como redução da amplitude de movimento, sobrepeso do membro e deformidade na composição corporal, além do mais abrange questões emocionais como diminuição de auto-estima. Dessa forma algumas questões podem contribuir no surgimento do linfedema

como a radioterapia e quimioterapia, limitada utilidade do membro ipsilateral à cirurgia, estadiamento da patologia, inflamação no ponto de introdução do dreno aspirativo, cirurgia com dissecação intensa e sobrepeso. A área da fisioterapia possui um papel fundamental no manuseio do linfedema, realizando intervenções tanto na prevenção quanto no tratamento (MARCUCCI, 2005).

Segundo DA Silva e DA Silva, (2017), os principais tratamentos para o linfedema que mais oferecem efeitos satisfatórios são: DLM, a bandagem, os cuidados com a pele, os exercícios terapêuticos combinados e a auto aplicação das técnicas feito pelos pacientes. Portanto, a DLM tem por objetivo de agir estimulando a circulação linfática, que auxilia na diminuição do linfedema e a reestruturação do sistema linfático, vale ressaltar também que é essencial que o profissional tenha conhecimento sobre a patologia, detalhes do tratamento e estágio de saúde do mesmo, pois a drenagem linfática é uma das contraindicações absolutas no caso de pacientes com tumores malignos, local ou locorregional, portanto deve-se esperar o paciente estar curado ou liberado pelo médico para uma melhor qualidade de vida.

4.4.8 Atuação na fadiga

A fadiga representa um dos sintomas mais frequentes e extenuantes nos cuidados paliativos. É a origem de danos consideráveis para funcionalidade, qualidade de vida e prevê menor sobrevida. Esporadicamente ocorre como manifestação isolada; é exposta juntamente a outros sintomas como dor, alterações de sono, anemia e caquexia, entre outros, estabelecendo um conjunto de manifestações clínicas (GUIMARÃES; ASSIS, 2016).

Em alguns momentos é necessário a orientação de repouso, porém não necessita ser realizada no decorrer de todo o avanço da doença, ou a fadiga será permanente e intensifica em suas manifestações. É fundamental organizar um protocolo entre exercícios físicos e preservação de energia. A habilidade funcional diminui devido inatividade física. Uma predileção de exercícios físico é o treinamento aeróbico, como caminhada, corrida, ciclismo e natação (MARCUCCI, 2005).

Entre as técnicas fisioterapêuticas utilizadas, destacam a cinesioterapia que, é realizada por meio de mobilizações passivas, ativo-assistidas e/ou ativas, que constantemente proporcionam alívio, e previnem complicações decorridas da imobilidade. Porém, certos cuidados precisam ser considerados neste processo, como a execução das mobilizações, que precisam ser realizadas sem pressa, e não necessitam ser movidas além do limite articular de cada pessoa e precisam atentar-se os indícios de fadiga ao esforço exibidos pelo indivíduo, pois de acordo com a condição geral do mesmo, a fadiga é atingida rapidamente, proporcionando exaustão ao paciente (BASTION; MATOS; ARRUDA, 2008).

4.4.9 Melhora da função pulmonar

A função pulmonar é de grande importância, principalmente em relação a pacientes oncológicos. A respiração desses pacientes deveria ser livre, efetiva e tranquila. Porém com a mecânica respiratória modificada, o paciente encontra-se mais predisposto a fadiga e à instalação de doenças pulmonares. Entre as alterações pulmonares, a dispneia é a mais comum. Porém, esta situação pode não estar inteiramente associada com a gravidade da investigação clínica e é apontada como uma impressão etéreo de falta de ar e, muitas vezes, pode ser limitada com programas de exercícios ativos e localizados, afim de aumentar a capacidade vital pulmonar e melhorar as trocas gasosas. O fisioterapeuta poderá utilizar técnicas respiratórias paliativas como: vibrações torácicas, posicionamento no leito, drenagem postural, manobras que aumentem o fluxo expiratório, estímulo da tosse, entre outros com a intenção de manter as vias respiratórias livres (PINTO et al., 2009).

Já no ambiente dos cuidados paliativos, na assistência ventilatória carece sempre de respeitar as características reversível da patologia, dessa forma, quando utilizado com o intuito paliativos sua finalidade principal será o de proporcionar alívio e bem-estar, reduzindo as aflições humanas. Provavelmente a maior serventia no uso da Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), como suporte ventilatório, situa-se nas chances de fornecer alívio e conforto ao doente sem precisar da intubação orotraqueal, possibilitando na finitude da vida a

capacidade individual de cada um de anunciar e demonstrar suas escolhas e desejos (BASSANI et al., 2008).

Em presença de dispneia ou desconforto respiratório, utilizar técnicas que favoreçam a estabilidade de vias aéreas acessíveis e ventilação apropriada, e também é essencial que haja o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, dessa maneira reduzindo o trabalho respiratório, quando possível. Associar a fisioterapia respiratória com mobilização e alongamento da musculatura da caixa torácica, com melhora de sua complacência, em posturas adequadas que facilitem a ação dos músculos respiratórios (por ex.: decúbito elevado, favorecendo a ação do diafragma) e até mesmo o uso de incentivadores respiratórios (estimulando tanto a inspiração quanto a expiração) e ventilação não invasiva afim de contribuir para melhora ventilatória (MATSUMOTO, 2012).

4.4.10 Melhora do declínio neurológico

Sabemos que muitas doenças neurológicas são incuráveis e implacavelmente reduzem a expectativa de vida. Pacientes neurológicos terminais apresentam diversos sintomas, como dor, depressão, fadiga, câimbras, distúrbios do sono, urgência urinária, constipação, distúrbios de comunicação, crises convulsivas, alterações comportamentais e cognitivas. Devido a esses sintomas, é lógico que eles necessitam de cuidados paliativos específicos (SCAVASINE, 2016).

Segundo Marcucci (2005) os objetivos do tratamento são o alívio dos sintomas e impedir a danificação neurológica, em diferentes fatos a remissão das manifestações é total ou parcial. A finalidade da fisioterapia é reparar as modificações da postura e do equilíbrio, conservar a força muscular, prevenir encurtamentos e evitar desordens respiratórias. Esse proposito são capazes de ser obtidos por meio de exercícios funcionais ativos livres, exercícios de estímulo respiratório, intervenções com bola, hidroterapia e adequação de órteses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou refletir sobre o fenômeno acerca da morte, trazendo questões relevantes aos cuidados paliativos bem como a importância dos recursos terapêuticos na assistência a pacientes sem possibilidades curativas. Os pacientes que se encontra fora de possibilidades terapêuticas de cura, não apenas em sua fase terminal, mas durante todo o processo da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante particular de ambiência física, psicológica, social e espiritual.

É importante tentar compreender o que se passa com o doente, buscando uma aproximação, afim de estabelecer um vínculo, para que haja a adesão ao tratamento proposto ao doente, contribuindo, assim, para bons resultados, diante do tratamento estabelecido. Os cuidados paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada, minimizando os sintomas e aumentando a qualidade de vida.

Para isso, necessita-se de uma equipe interdisciplinar capacitada a alcançar de forma integral todas as imposições físicas, psicológicas e espirituais apresentadas nestas situações. Nesse contexto, a Fisioterapia Paliativa tem como finalidade principal proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes, diminuindo as manifestações clínicas e possibilitando sua autonomia funcional.

Entretanto, para que isto seja possível é necessário garantir um canal aberto de diálogo com o doente, familiares e demais profissionais envolvidos. As técnicas fisioterapêuticas acrescentam aos cuidados paliativos, bem como na melhora das manifestações clínicas, como na da qualidade de vida.

Dentre as modalidades mais indispensáveis estão: terapia para o alívio da dor, redução dos sintomas psicofísicos, atuação nos distúrbios osteomioarticulares, reabilitação de desordens linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar, melhora dos déficits neurológicos e cuidados com as úlceras de pressão. Dessa maneira, a fisioterapia destaca-se por minimizar e colaborar com tratamento proporcionando maior qualidade de vida na etapa final do ciclo.

Contudo, para que o profissional possua um melhor preparo para atuar nas necessidades apresentadas pelos pacientes com diagnóstico de uma doença que no momento não apresenta possibilidades de cura, deve ressaltar a importância de novos estudos de qualidade, pois são uma necessidade urgente, a fim de estabelecer os recursos fisioterapêuticos úteis aos pacientes sem possibilidades curativas.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, Danieli et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 400-407, 2014. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00400.pdf Acesso: 23-03-2020.
- BASSANI, Mariana Almada et al. O uso da ventilação mecânica não-invasiva nos cuidados paliativos de paciente com sarcoma torácico metastático: relato de caso. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 20, n. 2, p. 205-209, 2008. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000200015&script=sci_arttext Acesso: 07-06-2020.
- BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 35-43, 2011. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n1/v7n1a07.pdf> Acesso: 26/10/2020.
- BATISTON, Adriane Pires; MATOS, Lídia Graebin; ARRUDA, Marcos Fabio. Disfunções físico-funcionais em pacientes oncológicos: a importância do cuidado paliativo. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 4, p. 231-236, 2017. Disponível em: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/1711/0> Acesso:06-06-2020.
- BRAZIL. Serviços de cuidado paliativo gestão da qualidade. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf Acessado em: 01-06-2020.
- BURLÁ, Claudia; PY, Ligia. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1139-1141, 2014. Disponível: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30n6/1139-1141/pt/> Acesso: 18-04-2020.
- COSTA, Beatriz Priscila; DUARTE, Luciano Azevedo. Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia. **Revista Bioética**. vol.27 no.3 Brasília July/Sept. 2019 Epub Sep 26, 2019. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000300510 Acesso: 07-06-2020.
- COSTA FILHO, Rubens C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000100014&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso: 18-04-2020.
- DA CUNHA, Caroline Vaz; GARDENGHI, Giulliano. A fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer—uma revisão baseada em evidências. Cuiabá, Mato Grosso, p.8-12, 2014. Disponível: <https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/06/a-fisioterapia-nos-cuidados-paliativos-a-pacientes-com-cancer-uma-revisao-baseada-em-evidencias.pdf> Acesso: 11-06-2020.

DA SILVA, Natalia Farias Cardoso; DA SILVA, Stefani Santana. A importância da estética em pacientes mastectomizadas. Trabalho de conclusão de curso. Rio de Janeiro. p. 32, 2017. Disponível: <https://www.ibmr.br/files/tcc/a-importancia-da-estetica-em-pacientes-mastectomizadas-natalia-farias-cardoso-da-silva-e-stefani-santana-da-silva.pdf> Acesso: 11-06-2020.

DA SILVA, Silvana Maria Aquino. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 253-257, 2016. Disponível: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/08-artigo-opiniao-os-cuidados-ao-fim-da-vida-no-contexto-dos-cuidados-paliativos.pdf Acesso: 18-04-2020.

DA SILVA, Andrey Ferreira; BARROS, Caio César; ROCHA, Erica Limeira; RODRIGUES, Patricia Maria; SOARES, Jandson de Oliveira; SILVA, Adria Vanessa; LIMA, Vera Lúcia. Enfrentamento da enfermagem diante do processo de morte e morrer: revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 89, n. 27, 2019. Disponível: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/408>. Acesso: 26-03-2020.

DE OLIVEIRA, Érika Arantes; GARCIA, Juliana Tomé; MOTA, Marília Gabriela; LOTÉRIO, Lucas dos Santos; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Revista da SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009 Acesso: 10-06-2020.

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque et al. Morte e luto: competências dos profissionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, n. 2, p. 112-121, 2014. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200007. Acesso: 26-03-2020.

FELÍCIO, Eliane CS; PEREIRA, Erica Fernandes; GOMES, Débora. Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais. **CAD Centro Universitário São Camilo**, v. 12, n. 2, p. 87-91, 2006. Disponível: https://saocamilosp.br/assets/artigo/cadernos/cuidados_paliativos.pdf Acesso: 11-06-2020.

FLORENTINO, Danielle et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, 2012. Disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8942/6835>. Acesso: 18-04-20.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2072-2080, 2007. Disponível: <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n9/2072-2080/> Acesso: 18-04-2020.

GRIGOLETO, José Valdecí Netto. As fases do luto de acordo com Elisabeth Kübler-Ross. IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar. **Anais Eletrônico**. Maringá, Nov. 2015, n. 9, p. 4-8.

GÓES, Gabriela da Silva; MUNDURUCA, LIMA, Tathiani Lopes; FERREIRA, Verusca; PASSOS Everton Carvalho. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos hospitalizados: Revisão de literatura. **Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar**, 2016. Disponível: <https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/447/1/Artigo%20definitivo.pdf> Acesso: 07-06-2020.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>. Acessado: 01-06-2020.

GUEDES, Thereza Christina Almeida. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Atualiza Cursos**. Salvador, 2015. Disponível: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/FPN/FPN08/GUEDES-thereza-cristina-almeida.pdf> Acesso: 02-04-2020.

GUIMARÃES, Juliana Araújo; ASSIS, Thaís Rocha. Atuação do fisioterapeuta em cuidados paliativos. **Revista Movimenta** 2016; 9(1):84-98. Disponível: <file:///C:/Users/Bruna%20Heloisa/Downloads/3506-Texto%20do%20artigo-15620-1-10-20160321.pdf> Acesso: 09-06-2020.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000900012&script=sci_arttext Acesso: 18-04-2020.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira Cancerol**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005. Disponível: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao4.pdf Acesso: 18-04-2020.

MARINHO, Ângela; MARINONIO, Cássia Cristina Rozzante; RODRIGUES, Luciana Costa Alemar. O processo de luto na vida adulta decorrente da morte de um ente querido. **Monografia, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro/RJ**, 2007. Disponível: https://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/o_processo_luto_vida_adulta.pdf Acesso: 26/10/2020.

MATSUMOTO, D. Y. Manual de Cuidados Paliativos: Ampliado e atualizado. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 2ª ed, 2012. Disponível: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso: 08-06-2020.

MELO, Ticiano Pinto Torres de et al. A percepção dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada diante dos cuidados paliativos da fisioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2013; 59(34): 547-553. Disponível: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7779/1/2013_art_mtmapmorano3.pdf Acesso: 18-04-2020.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura; SOUZA, Luciene Jacinto de; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reabilitação em cuidados paliativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016. Disponível:

https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-1470015.pdf
 acessado: 01-06-2020.

MONTEIRO, Mayla Cosmo; MAGALHÃES, Andrea Seixas; MACHADO, Rebeca Nonato. A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 3, p. 1285-1299, 2017. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000300017 Acesso: 10-06-2020.

NUNES, João Donha. A Estratégia de Saúde da Família e a saúde mental em Chapadão do Sul MS. **Dissertação de mestrado**. 2015. Disponível: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Samuel/Complexo_07_Samuel_Luto.pdf Acesso: 26/10/2020.

OLIVEIRA, Maria Valéria; NETO, Modesto Leite; SANTOS, Lindelma Pereira; OLIVEIRA André Vieira; SANTOS, Jaqueline Pereira. Recursos fisioterapêuticos nos cuidados paliativos da dor oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 1 (2): 175-191, nov./dez. 2014. Disponível: http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_2/Trabalho_2.pdf Acesso em: 06-06-2020.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Cuidados Paliativos, 2002. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf Acesso: 10-06-2020.

PAIÃO, Renata Cristina Nascimento; DIAS, Luciara Irene De Nadai. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaio e Ciência**, v. 16, n. 4, 2012. Disponível: <https://200.201.215.44/index.php/ensaioeciencia/article/view/2777> Acesso: 11-06-2020.

PAIVA, Fabianne Christine; JÚNIOR José Jailson de Almeida; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. 2014 [cited 2017 Oct 20]; 22 (3): 550-60. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019 Acesso: 10-06-2020.

PINTO, A. C. et al. Manual de Cuidados Paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Diagraphic**. 1.ed. n. 320p. Rio de Janeiro, 2009. Disponível: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf Acesso: 01-06-2020.

PRADO, Roberta Teixeira et al. Processo de morte/morrer: condições intervenientes para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2005-2013, 2018. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2005.pdf Acesso: 02-04-2020.

RODRIGUEA, Ligia Adriana; CAZETA, Fabíola Luciene; LIGEIRO, Fernanda. Autonomia do paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo: um olhar bioético. **CuidArte, Enferm**, p. 131-141, 2015. Disponível:

<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revista%20CuidArt%20-%20Jul%20-Dez%202015.pdf> Acesso:10-06-2020.

SCAVASINE, Valeria C. CUIDADOS PALIATIVOS EM CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS. **Revista Médica da UFPR**, v. 3, n. 1, 2016. Disponível: <https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/46378> Acesso: 11-06-2020.

SOUZA, Luís Paulo et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. **Revista Enfermaria Global**, v. 12, n. 4, p. 222-237, 2013. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf Acesso: 03-04-2020.

ANEXOS

ANEXO A

Relatório de verificação de plágio



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Bruna Heloisa Dias Santos

CURSO: Fisioterapia

DATA DE ANÁLISE: 28.08.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 5,9%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet

Suspeitas confirmadas: 11,15%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados

Texto analisado: 89,43%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11 sexta-feira, 28 de agosto de 2020
12:27

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **BRUNA HELOISA DIAS SANTOS**, n. de matrícula **21781**, do curso de Fisioterapia, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 5,9%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente) HERTA MARIA DE AÇUCENADO N. SOEIRO

Bibliotecária CRB 1114/11

Biblioteca Júlio Bordignon

Faculdade de Educação e Meio Ambiente

ANEXO B

Currículo Lattes

29/09/2020

Currículo Lattes

Currículo Lattes

**Bruna Heloísa Dias Santos**Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5239658260170497>

Última atualização do currículo em 29/09/2020

Resumo informado pelo autor

Atualmente é graduanda do curso de Fisioterapia na instituição de ensino superior Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, localizada no município de Ariquemes, Rondônia. Possui interesse nos seguintes temas: Fisioterapia em Cuidados Paliativos, qualidade de vida de pacientes terminais.
(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome Bruna Heloísa Dias Santos

Dados pessoais

Nascimento 06/04/1998 - Brasil

CPF 035.570.712-86

Formação acadêmica/titulação

2016 Graduação em Fisioterapia.

Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Ariquemes, Brasil

Título: ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: morte em saúde

Orientador: Clediana Molina de Sales

2013 2015 Ensino Médio (20 grau)

Heitor Villa Lobos, HVL, Brasil, Ano de obtenção: 2015

Formação complementar

2019 2019 Extensão universitária em Fisioterapia. (Carga horária: 4h).

CENTRO DE CONVIVÊNCIA IDADE VIVA, CCIV, Brasil

2018 2018 Extensão universitária em Fisioterapia. (Carga horária: 4h).

BAIRRO MUTIRÃO, ARIQUEMES, BAIRRO, Brasil

Produção

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. REZENDE, D.; SANTOS, B. H. D.

RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional)

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 29/09/2020 às 22:36:23.