

Perfil dos pacientes em cuidados paliativos atendidos pela fisioterapia na assistência domiciliar de um hospital oncológico

Susana Moura Pinheiro¹  Ernani Costa Mendes² 

¹Instituto Nacional de Câncer – INCA, Residência Multiprofissional em Oncologia, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

²Instituto Nacional de Câncer, Hospital do Câncer IV, setor de Fisioterapia, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

E-mail: emanicmendes@gmail.com

Resumo

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer, têm exigido a incorporação dos Cuidados Paliativos (CP) às redes assistenciais em saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos pacientes em cuidados paliativos atendidos pela fisioterapia na assistência domiciliar de um hospital de referência em oncologia. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo e descritivo, da análise de 76 prontuários de pacientes assistidos pela fisioterapia na assistência domiciliar do hospital entre agosto de 2018 a agosto de 2019. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (n=51, 67,11%), da raça/cor negra (n=46, 60,52%), na faixa etária de 60 a 80 anos (n=36, 47,37%). O câncer de mama (n= 22, 28,95%), pulmão (n=11, 14,47%) e próstata (n=8, 10,53%) foram os mais frequentes e a maioria apresentava progressão da doença. Por fim, o principal motivo para o acompanhamento pela fisioterapia estava relacionado a funcionalidade e mobilidade. A caracterização dos pacientes que necessitam de atendimento fisioterapêutico na assistência domiciliar de um hospital de referência em oncologia faz-se necessário para melhor planejamento do cuidado pois tais informações podem direcionar possibilidades terapêuticas, permitindo maior efetividade no tratamento.

Palavras-chave: Neoplasias. Cuidados Paliativos. Cuidado Domiciliar.

INTRODUÇÃO

A população mundial passa por um processo de transição demográfica e esse movimento acontece simultaneamente com a mudança no perfil epidemiológico da população, no qual ocorre um evidente aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)¹. Dentre as DCNTs, o câncer é considerado o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida².

Estimativas apontam que para o Brasil no triênio 2023-2025 ocorrerão a cada ano cerca de 704 mil casos novos de câncer, o que revela a

magnitude do problema. Com o envelhecimento populacional, cuja consequência revela-se pelo substancial crescimento do número de idosos, que resulta, por sua vez, no aumento da incidência de DCNTs têm exigido a incorporação dos Cuidados Paliativos (CP) às redes assistenciais em saúde^{1,2,3}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os CP podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, sendo definido como uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida de pacientes e de

suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto⁴.

Os CP podem ser prestados através de três modelos assistenciais: hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens, entretanto, a assistência domiciliar se diferencia por permitir o acolhimento do usuário em seu próprio lar, próximo à família e sem a obrigatoriedade de se adequar à rotina hospitalar⁵.

A Atenção Domiciliar (AD) foi instituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 e foi redefinida pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, sendo definida como um conjunto de ações que busca a prevenção de um agravamento à saúde, sua manutenção e a recuperação do paciente já acometido por uma doença ou sequela. É uma atividade contínua, com supervisão e ação da equipe de saúde específica e personalizada. Destinada a pacientes portadores de doenças crônicas, com complexidade moderada que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar. Tem por finalidade promover inclusão, melhorar a qualidade de vida e preservar ou recuperar a saúde do paciente. Para atingir esses objetivos a equipe oferece recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, levando em conta os potenciais e limitações do paciente e da família, adequando-os à condi-

ção de saúde do paciente⁶.

Desta forma a AD vem sendo adotada em CP para reduzir a demanda por atendimento hospitalar, dando continuidade ao tratamento, diminuindo riscos de infecção hospitalar, retomando vínculo e maior autonomia do paciente e seus familiares, promovendo a prevenção e diminuição do sofrimento, possibilitando uma melhor qualidade de vida⁷.

Incluída na equipe multiprofissional que atua na AD e na atenção aos pacientes em CP, a fisioterapia tem sua atividade reconhecida através da Resolução de nº 539, de 27 de setembro de 2021, que reconhece a atividade do fisioterapeuta em CP, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas, reduzindo os sintomas e promovendo sua independência funcional⁸.

No contexto do atendimento domiciliar o fisioterapeuta tem como objetivo: adequar o ambiente do paciente, prevenir agravos à saúde, fornecer cuidados paliativos e atender o paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde. A sessão pode ser constituída por exercícios/manobras no paciente, orientações e capacitação do cuidador para a manutenção ou reabilitação do paciente visando melhorar a qualidade de vida no domicílio⁹.

O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil dos pacientes em cuidados paliativos atendidos pela fisioterapia na assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV - HC IV.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo e descritivo da análise dos prontuários de pacientes assistidos pelo serviço de fisioterapia na assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV (HC IV) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no período de agosto de 2018 a agosto de 2019.

O HC IV é a unidade de Cuidados Paliativos do INCA, responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes adultos encaminhados de outras unidades do instituto. Os pacientes

matriculados nesta unidade podem ser acompanhados através da assistência domiciliar, modalidade destinada a pacientes que tenham dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a unidade e que necessitam de maior frequência de cuidado e acompanhamento contínuo domiciliar. Para isso os profissionais são organizados em equipes, cada uma atendendo a uma região geográfica específica, favorecendo o acompanhamento periódico, a criação de vínculo e a confiança para o seguimento dos

cuidados. A equipe multiprofissional da visita domiciliar tem como objetivo fazer as consultas regulares no domicílio de pacientes dentro de uma distância de até 60 km do HC IV, em locais onde a equipe possa ter fácil e livre acesso. Fazem parte as seguintes regiões do município do Rio de Janeiro: Baixada (Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Belford Roxo), Norte, Oeste, Centro-Sul e Niterói. A primeira visita será realizada dentro de uma semana após seu encaminhamento para o setor. Médicos e enfermeiros realizam visitas regulares. Se julgarem necessário, poderão solicitar visita de outros profissionais, como fisioterapeuta, psicólogo, assistente social ou nutricionista.

O projeto foi enviado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer – José Alencar Gomes da Silva e foi aprovado sob número de parecer CAEE 46759721.0.0000.5274.

Foram critérios de inclusão deste estudo: prontuários de pacientes com idade acima

de 18 anos, recebendo cuidados paliativos no nível de assistência domiciliar e acompanhados pelo serviço de fisioterapia. Foram excluídos da pesquisa prontuários incompletos, ou seja, com informações insuficientes para a composição do banco de dados.

Os dados coletados incluem: sexo, faixa etária, nível escolar, raça/cor, estado civil, cuidador e local de residência. Foram analisados também o diagnóstico clínico, presença de progressão de doença, o motivo para acompanhamento fisioterapêutico, a performance status através do *Karnofsky Performance Status Scale* - KPS, presença de dor, fadiga, edema, linfedema, dispneia, uso de órteses além da quantidade de visitas realizadas e o tempo de acompanhamento fisioterapêutico.

O *software* Excel 2010 foi adotado para entrada dos dados, bem como para a confecção das tabelas. A descrição da população em estudo foi apresentada em distribuição de frequências absolutas (n) e percentuais (%).

RESULTADOS

Foram identificados através do Sistema de Controle do Atendimento do Serviço de Fisioterapia - SISCASF, 76 pacientes atendidos pela fisioterapia na assistência domiciliar entre agosto de 2018 a agosto de 2019.

Dos 76 prontuários analisados, a maioria dos pacientes era do sexo feminino (n=51, 67,11%), na faixa etária dos 61-79 anos (n=36, 47,37%), possuía nível fundamental (n=36, 47,37%), da raça/cor negra (negros e pardos) (n=46, 60,52%), casado ou solteiro (n=27, 35,3%), com cuidador sendo em sua maioria filho (a) (n=34, 44,74%), residindo nas regiões da Baixada Fluminense (n=24, 31,58%), zona norte (n=17, 22,37%) e zona oeste (n=15, 19,74%) do município do Rio de Janeiro, conforme mostra a Tabela 1.

De acordo com a Tabela 2, foi evidenciado que os principais tipos de câncer foram mama (n=22, 28,95%), pulmão (n=11, 14,47%), próstata (n=8, 10,53%), colo de útero (n=7, 9,21%), có-

lon e reto (n=4, 5,26%), melanoma (n=3, 3,95%) e entre outros (n=16, 21,05%) dentre eles cavidade oral, tumores do sistema nervoso central e mieloma múltiplo. Sendo maioria dos pacientes a apresentar progressão de doença (n=73, 96,05%).

Quanto ao motivo de acompanhamento pela fisioterapia, o principal foi alterações relacionadas a funcionalidade/mobilidade (n=71, 93,43%), dor (n=15, 19,74%), metástase óssea (n=9, 11,84%) e fadiga (n=3, 3,95%). Sendo 22 pacientes apresentando mais de um motivo para acompanhamento, de acordo com a Tabela 3.

Em relação às informações coletadas através da ficha avaliação fisioterapêutica a maior parte dos pacientes encontrava-se com KPS 40% (n=47, 61,84%), apresentavam dor (n=45, 59,21%), quanto à fadiga 36 pacientes (47,37%) possuíam queixa, 13 (17,11%) relataram dispneia, 26 (34,21%) apresentavam edema ou lin-

fedema e 13 (17,11%) utilizavam algum tipo de órtese. Dentre os que utilizavam algum tipo de órtese, os modelos eram do tipo colete Putti alto ou baixo (n=6, 7,89% ambos). Sobre a quantidade de visitas domiciliares realizadas pela fisio-

terapia, a maior parte dos pacientes recebeu de duas a três visitas (n=47, 61,84%) tendo um tempo de acompanhamento de até um mês (n=31, 40,79%) e até três meses (n=20, 26,32%) de acordo Tabela 4.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas. Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	51	67,11%
Masculino	25	32,89%
Faixa Etária		
18-40 anos	5	6,58%
41-60 anos	23	30,26%
61-80 anos	36	47,37%
≥ 80 ANOS	12	15,79%
Nível Escolar		
Fundamental	36	47,37%
Médio	24	31,58%
Superior	9	11,84%
Analfabeto	7	9,21%
Raça/Cor		
Branca	27	35,53%
Negra	11	14,47%
Parda	35	46,05%
Sem Classificação	3	3,95%
Estado Civil		
Casado	27	35,53%
Solteiro	27	35,53%
Viúvo	18	23,68%
Divorciado	3	3,95%
Sem Informação	1	1,32%
Cuidador		
Companheiro	18	23,68%
Filho(a)	34	44,74%
Outro(a)	24	31,58%
Região de Residência		
Niterói-São Gonçalo	8	10,53%
Baixada	24	31,58%
Oeste	15	19,74%
Norte	17	22,37%
Barra-Jacarepaguá	7	9,21%
Centro-Sul	5	6,68%

Tabela 2 - Distribuição das características clínicas. Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Características clínicas	n	%
Tipo de Câncer		
Mama	22	28,95%
Pulmão	11	14,47%
Próstata	8	10,53%
Colo do Útero	7	9,21%
Cólon e Reto	4	5,26%
Melanoma	3	3,95%
Esôfago	1	1,32%
Estômago	1	1,32%
Laringe	1	1,32%
Linfomas	1	1,32%
Ovário	1	1,32%
Outros	16	21,05%
Progressão de Doença		
Sim	73	96,05%
Não	3	3,95%

Tabela 3 - Motivo de acompanhamento pela fisioterapia. Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Motivo do Acompanhamento	n	%
Funcionalidade/Mobilidade	71	93,43%
Dor	15	19,74%
Metástase óssea	9	11,84%
Fadiga	3	3,95%

Tabela 4 - Distribuição das variáveis coletadas na avaliação fisioterapêutica. Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Avaliação Fisioterapêutica	N	%
KPS		
30%	13	17,11%
40%	47	61,84%
50%	16	21,05%
Dor		
Sim	45	52,91%
Não	31	40,79%
Fadiga		
Sim	36	47,37%
Não	40	52,64%
Dispneia		
Sim	13	17,11%
Não	63	82,89%
Edema/Linfedema		
Sim	26	34,21%
Não	50	65,79%
Uso de Órtese		
Sim	13	17,11%
Não	63	82,89%
Tipo de Órtese		
Colete Lombar	6	7,89%
Colete Toracolombar	6	7,89%
Colar Cervical e Colete Lombar	1	1,32%
Não faz uso	63	82,89%
Quantidade de visitas		
Uma visita	14	18,32%
Duas e três visitas	47	61,84%
Acima de três visitas	14	18,32%
Não teve indicação	1	1,32%
Tempo de acompanhamento		
Até um mês	31	40,79%
1 a 3 meses	20	26,32%
3 a 6 meses	15	19,74%
6 meses a 1 ano	9	11,84%

KPS- Karnofsky Performance Status Scale

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi verificado que o perfil de pacientes atendidos na assistência domiciliar do Hospital do Câncer IV é predominantemente de mulheres (n=51), na faixa etária dos 61-79 anos (n=36), negras (n=46), residindo na região da Baixada Fluminense (n=24), tendo o câncer de mama (n=22) e o de pulmão (n=11) como os mais prevalentes, encaminhadas a fisioterapia com o objetivo de melhora da funcionalidade e dor (n=71 e n=15 respectivamente).

Este resultado coincide com outros estudos^{10,11}, uma vez que existem altos índices de detecção de neoplasias típicas a esse gênero, como os cânceres do colo uterino e o de mama, que se destacam entre os tumores que afetam mulheres em todo o mundo, principalmente em regiões menos desenvolvidas. Já em países desenvolvidos, a incidência de câncer entre gêneros é similar por conta de investimentos em prevenção e promoção à saúde^{9,10}.

A predominância da faixa etária encontrada na população estudada corresponde com outros estudos, fato possivelmente relacionado à grande incidência de doenças crônico-degenerativas nessa parcela da população^{12,13}. O avanço da idade é um dos fatores que pode influenciar o prognóstico da doença e a necessidade de CP oncológicos^{2,12}.

Com relação ao nível escolar, os dados encontrados demonstram que a maioria possuía nível fundamental, fato que dificulta o entendimento das orientações de saúde, segundo o Ministério da Saúde, quanto menor o índice de escolaridade, maior a incidência de doenças crônicas. Os resultados observados em um estudo onde a maioria possuía até quatro anos de estudo mostrou que tal fato prejudica o entendimento das orientações de saúde, dificuldade de acesso a programas preventivos, à assistência ao diagnóstico precoce e a tratamento adequado imediato¹⁴.

Destaca-se que 60,52% dos participantes incluídos no estudo eram da raça/cor negra (negros 14,74% e pardos 46,05%), o que pode ser explicado pelo fato de 70% dos usuários atendi-

dos no Sistema Único de Saúde serem negros. Em relação ao local de residência, observou-se que 31,58% dos participantes era da região da Baixada Fluminense, região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, local em que se encontra a maior parte da população operária e pobre do estado do Rio de Janeiro. Observamos uma somatória de desigualdades quando encontramos a combinação de baixa escolaridade e raça negra, isso foi demonstrado também na pandemia de COVID-19, na qual este grupo de pessoas da sociedade sofreu mais com suas doenças ou por falta de acesso a rede de saúde ou pelo fato de o racismo institucional privilegiar indivíduos não negros para o atendimento, afirmando assim, as desigualdades sociais^{15,16,17}.

Quanto ao estado civil, casados e solteiros se equiparam (35,53% ambos). Estudos ressaltam a importância da situação social, influenciando na situação de saúde do portador de neoplasia, uma vez que a presença do companheiro oportuniza apoio social, reduz os efeitos do estresse e auxilia na manutenção do tratamento e na sobrevivência¹⁶. Em nossa pesquisa foi identificado que o cuidador na sua maioria é filho(a) (44,74%), ou seja, cuidador informal. É comum observamos este tipo de cuidador, o cuidador familiar, que assume o cuidado de forma não remunerada, responsabilizando-se por ele de forma espontânea ou por obrigação, solidariedade, ou por um sentimento natural de gratidão em forma de retribuição. Este geralmente exerce esta função em tempo integral, conciliando-a com outras atividades cotidianas como, higiene do ambiente, preparo de refeições para família, educação dos filhos, dentre outras tarefas, acumulando e exercendo diferentes papéis no contexto familiar^{16,17}.

Com relação as neoplasias mais prevalentes, o câncer de mama e próstata aparecem como um dos mais frequentes na população estudada. Ambos ocupam a primeira posição em todas as regiões brasileiras, sem considerar os tumores de pele não melanoma. Estimam-se para Brasil

73.610 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2023-2025, quanto ao câncer de próstata, estimam-se 71.730 casos novos de câncer². Informação encontrada em um estudo, destaca que entre as principais neoplasias que demandam cuidado paliativo no atendimento domiciliar em homens, o de próstata foi o mais recorrente e, em mulheres, o de mama¹⁸. O câncer de pulmão também teve alta prevalência em nossa população. Vale ressaltar que, na população brasileira este tipo de câncer ocupa a quarta posição entre os cânceres mais frequentes. Outro tipo de câncer que se destacou na população foi o câncer de colo do útero, que atualmente ocupa o sexto lugar dentre as neoplasias mais incidentes em mulheres, sendo estimado 17.010 casos novos para cada ano do triênio². Alguns autores ressaltam ainda que é preocupante a alta frequência de casos de câncer de colo de útero em cuidados paliativos, por ser uma neoplasia de fácil diagnóstico precoce e prevenção em toda atenção básica do país¹⁹.

Dentro da assistência domiciliar do HC IV o principal motivo para o acompanhamento fisioterapêutico foi a manutenção da funcionalidade e a mobilidade. O fisioterapeuta dentro dos cuidados paliativos tem sua atuação bem definida, traçando um plano de assistência e auxiliando o paciente a se desenvolver de forma ativa, adaptando-o ao desgaste físico e repercussões emocionais, sociais e espirituais conforme o percurso da enfermidade até sua morte, com a finalidade de manter, preservar, aumentar ou restaurar a integridade de órgãos, sistemas ou função²⁰.

Outro motivo para acompanhamento fisioterapêutico foi a presença de dor, sintoma presente em 45 pacientes no estudo, sabe-se que este é um dos sintomas mais perturbadores estando presente entre 70% a 90% dos pacientes em cuidados paliativos²¹. A falta de efetividade em seu controle toca todos os aspectos da qualidade de vida desses pacientes, tornando seu alívio um papel de destaque^{21,22}. A fisioterapia utiliza meios físicos, adaptação de órteses e terapia manual, que minimizam a percepção sintomática da dor. Dentre as modalidades terapêuticas pode-se citar a cinesioterapia, ele-

trotermoterapia e órteses (muletas, andadores, cadeiras adaptadas e coletes)²².

A fadiga, sintoma apresentado por 36 pacientes, pode estar diretamente relacionada na redução da qualidade de vida, da funcionalidade e interferir na eficácia do tratamento em cuidados paliativos. O fisioterapeuta frente a este sintoma pode utilizar técnicas de conservação de energia para controle inicial da fadiga, utilizando recursos como ergonomia e biomecânica, organização das atividades para redução do gasto energético e uso de órteses quando indicadas²³. Além disso, a prática de atividade física é extremamente consolidada na literatura no manejo da fadiga. Seus efeitos levam a uma série de alterações metabólicas com efeitos anti-inflamatórios que potencializam a tolerância a tratamentos farmacológicos e minimizam a sarcopenia em condições terminais²⁴.

Em nosso estudo verificamos que o tempo de acompanhamento fisioterapêutico costuma ocorrer entre um a três meses e com o paciente recebendo de duas a três visitas fisioterapêuticas. Em um estudo sobre o reconhecimento dos benefícios da fisioterapia oncológica paliativa realizada através de um questionário aplicado aos pacientes oncológicos, os mesmos reconhecem que o tratamento fisioterapêutico pode contribuir para a melhora de seu quadro clínico geral²².

Segundo informações coletadas do serviço de AD do HC IV, o tempo médio de permanência dos pacientes na assistência domiciliar é de 44 dias^{26,27}. Tal fato demonstra que ainda existe uma limitação quanto ao encaminhamento dos pacientes para os CP, uma vez que este encaminhamento realizado tardiamente tem relação com a sobrevida curta dos pacientes no serviço de AD e esta ausência ou curto período de cuidado integrado, integral e abrangente do indivíduo pode causar o prolongamento do sofrimento e da dor²⁸.

Dentre as limitações do presente estudo estão o número pequeno de participantes, fato que pode estar relacionado ao curto período de tempo analisado e que também pode ter influenciado o número total de atendimentos e tempo de acompanhamento da fisioterapia.

Além disso, alguns dados coletados na avaliação ainda não estavam consolidados como rotina no serviço. Sendo assim, sugere-se que

sejam realizados mais estudos para avaliar de forma mais profunda esta população a fim de traçar estratégias para melhoria do cuidado.

CONCLUSÃO

O aumento das DCNT's e da expectativa de vida tem exigido incorporação dos CP as redes assistenciais em saúde. Esta forma de cuidado pode ser prestada através da AD tendo o fisioterapeuta como parte integrante da equipe multiprofissional. Este profissional tem como principal demanda manter e/ou restaurar a funcionalidade e mobilidade dos pacientes, além de reduzir sintomas e queixas como

dor e fadiga proporcionando uma melhor qualidade de vida. A caracterização dos pacientes que necessitam de atendimento fisioterapêutico na assistência domiciliar de um hospital de referência em oncologia faz-se necessário para melhor planejamento do cuidado, pois tais informações podem direcionar possibilidades terapêuticas, permitindo maior efetividade no tratamento.

Declaração do autor CREdiT

Conceituação: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Metodologia: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Validação: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Análise estatística: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Análise formal: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Investigação: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Recursos: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Escrita-elaboração do rascunho original: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Redação-revisão e edição: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Visualização: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Orientação: Pinheiro, SM; Mendes, EC. Administração do projeto: Pinheiro, SM; Mendes, EC.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
3. Souza HL de, Zoboli ELCP, Paz CR de P, Schweitzer MC, Hohl KG, Pessalacia JDR. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. Ver Bioét. 2015May;23(2):349-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232074>
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42494>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
6. Ministério da saúde. Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde.
7. Vasconcelos G. B., & Pereira P. M. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. Revista de Administração em Saúde, 18(70), 2018.
8. Resolução COFFITO nº 539, de 27.09.2021
9. Burgos D, Bruna L. Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal. Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde 21.2: 117-122, 2017.
10. Bastos BR, Pereira AKS, Castro CC, et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Para, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2018;9(2):31-6.
11. Souza RS, Simão DAS, Lima EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de

- quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. *Rev Min Enferm.* 2012;16(1):38-47.
12. Maia AES, Grello FA de CG, Cunha K da C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. *Rev. Bras. Cancerol.*, 2021.
13. Almeida, SI de. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Ed. Jandaíra - Coleção Feminismo Plurais (Selo Sueli Carneiro), 2020.
14. Santos MP dos, Nery JS, Goes EF, Silva A da, Santos ABS dos, Batista L E, & Araújo EM. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34(99), 2020.
15. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, et al. O processo de desenvolvimento da pesquisa nacional de saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):197-206.
16. Santos MP dos, Nery JS, Goes EF, Silva A da, Santos ABS dos, Batista L E, & Araújo EM. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34(99), 2020.
18. Silva CALO, Oliveira KM, Carvalho CO, Silveira MV, Vieira IHI, Casado L, et al. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas Áreas da Saúde e Ciências Biológicas. *Rev. Bras. Cancerol.*; 56(2):243-9, 2010.
19. Silva AE, Braga PP, Sena RR de, Duarte ED, Sena LR de. Cuidados paliativos domiciliares: revisão integrativa. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 18(3). 2019.
20. Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med.* 42(2):34-44. 2018.
21. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde Debate.* 2018.
22. Wilson CM, et al. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2017.
23. Machado VMS, Coimbra ÁK, da Silva Trindade PA, Campos PIC, de Cássia Ferreira P, & Brasil RR. Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021.
24. Florentino DM, et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto*, v.11, n.2, 2012.
25. Poort H, et al. Cognitive behavioral therapy or graded exercise therapy compared with usual care for severe fatigue in patients with advanced cancer during treatment: a randomized controlled trial. *Annals of Oncology*, 2020.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Conheça o Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Divisão de Comunicação Social.* 4ª. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.
27. Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Câncer IV. Tempo médio de permanência dos pacientes na assistência domiciliar. 2022.
28. Freitas R de, Oliveira LC de, Mendes GLQ, Lima FLT, Chaves GV. Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde debate* 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213306>

Recebido: 05 outubro 2023.
Aceito: 17 janeiro 2024.
Publicado: 29 janeiro 2024.