



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS – RIO CLARO**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO  
HUMANO E TECNOLOGIAS**

---

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO EXERCÍCIO FISIOTERAPÊUTICO NA  
QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM  
CÂNCER EM TRATAMENTO PALIATIVO**

**Candidata:  
Gabriele Barbaresco Rabadan  
Nível: MESTRADO**

**Orientador:  
Prof. Dr. Marcos Eduardo Scheicher**

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento humano é um processo caracterizado por ser dinâmico e progressivo e está ligado a um maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como o câncer, por exemplo. O câncer é um problema de saúde pública, cujo tratamento apresenta diversas abordagens. Em alguns casos, a melhor opção de tratamento são os Cuidados Paliativos. Em geral, pacientes oncológicos apresentam alta probabilidade de desenvolver a Síndrome do Imobilismo devido, principalmente, ao surgimento da dor, gerando redução da capacidade funcional. Dessa forma, pode-se observar a importância de condutas fisioterapêuticas visando prevenção de comorbidades e reabilitação, quando necessário. **Objetivo:** Verificar se um protocolo de exercícios fisioterapêuticos sistematizados pode otimizar o tratamento do paciente oncológico em Cuidados Paliativos visando melhor controle da dor e a melhora da funcionalidade. **Metodologia:** O presente estudo será desenvolvido na enfermaria do Hospital Amaral Carvalho. A amostra contará com pacientes hospitalizados por, no mínimo, 7 dias, sendo eles avaliados no primeiro dia e reavaliados no sétimo dia, de acordo com o nível de dor (escala visual analógica - EVA), funcionalidade (ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group performance status*; KPS – *Karnofsky Performance Status* e IMS - *ICU mobility scale*), performance (PPS - *Palliative Performance Scale*) e percepção da qualidade de vida (ESAS - *Edmonton Symptom Assessment System*). Em seguida, serão submetidos a um protocolo de exercícios fisioterapêuticos (fortalecimento muscular, cinesioterapia global, sedestação, ortostatismo, marcha estacionária e transferência ativa para cadeira de conforto).

**Palavras-chave:** câncer, cuidados paliativos, fisioterapia

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Envelhecimento da população**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total do Brasil foi estimada em 212,7 milhões em 2021. No período entre 2012 e 2021 a parcela de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, essa faixa etária passou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (IBGE, 2013). Vale ressaltar que os dados anteriores não incorporam os efeitos da pandemia.

O envelhecimento humano é um processo natural, caracterizado por ser dinâmico e progressivo, composto por mudanças e alterações fisiológicas, morfológicas, psicológicas, entre outras, que variam de pessoa para pessoa (OLIVEIRA, DANIEL VICENTINI DE et al., 2021). Considerando o nível biológico, o envelhecimento está ligado ao excesso de modificações celulares e moleculares, causando um acúmulo de danos que com o passar do tempo irá levar a uma perda da reserva fisiológica de forma gradual, o que acarretará também em uma maior vulnerabilidade e um maior risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As DCNTs correspondem a 76% das causas de morte no Brasil (MALTA et al., 2020) e incluem doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doença respiratória crônica, entre outras (FRANCISCO et al., 2022). O estudo de Barros et al (2011) apontou para o aumento das prevalências de DCNT com a idade para a maior parte das doenças pesquisadas, como artrite/reumatismo, doenças do coração, insuficiência renal crônica e câncer (BARROS et al., 2011).

### **1.2 Câncer**

O câncer é um problema de saúde pública complexo devido seu impacto epidemiológico, econômico e social. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), atualmente são reconhecidas mais de 100 doenças denominadas câncer (INCA, 2022a).

As neoplasias podem ser benignas ou malignas. As neoplasias benignas apresentam um crescimento de células de forma organizada, lenta e contém limites mais nítidos (SILVA; SERAKIDES; CASSALI, 2004). Em contrapartida, as neoplasias malignas apresentam maior grau de autonomia sendo capazes de invadir tecidos adjacentes ou não, provocando metástases, por muitas vezes podendo ser resistentes aos tratamentos (SILVA; SERAKIDES; CASSALI, 2004). O câncer é uma neoplasia maligna.

De acordo com o estudo de Boclin (2013) o câncer é uma doença que afeta principalmente os idosos, já que mais de 60% dos casos novos são diagnosticados em pessoas acima dos 60 anos de idade (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013). No Brasil, as taxas de incidência e prevalência para todos os tipos de câncer são três ou quatro vezes maiores nos idosos em relação aos adultos (OLIVEIRA et al., 2015) tornando esse grupo etário como o de maior visibilidade quando falamos sobre câncer.

### **1.2.1 Epidemiologia**

Os dados a seguir correspondem à última atualização epidemiológica do câncer disponibilizado pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022b).

O tipo de câncer mais prevalente em todas as regiões brasileiras é o de próstata, se não considerarmos os tumores de pele do tipo não melanoma, estimando-se 65.840 casos novos de câncer de próstata para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 62,95 casos novos a cada 100 mil homens. Em seguida encontramos o câncer de mama, com maior prevalência no sexo feminino. Estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres. Em posições de destaque e intenso crescimento de incidência para o sexo feminino estão o câncer de colo de útero e o câncer de ovário.

É possível observar também, elevado crescimento nos cânceres relacionado ao sistema digestivo, que compreendem ao câncer de lábio e cavidade oral, câncer de esôfago apresentando-se como o 6º mais prevalente em homens e 15º mais prevalente em mulheres, câncer de estômago que apresenta seu pico de incidência por volta dos 60-70 anos, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, cânceres das porções intestinais,

câncer de reto e, também, aos tumores presentes nos anexos desse sistema como câncer de fígado, pâncreas, vias biliares, entre outros.

No Brasil, estimam-se 17.760 casos novos por ano de câncer de pulmão em homens e 12.440 em mulheres. Há ainda os acometimentos hematológicos, sendo a Leucemia o de maior destaque. Dentre os acometimentos de sistema linfático observamos o Linfoma não Hodgkin sendo o número de novos casos estimados em 6.580 casos em homens e de 5.450 em mulheres e o Linfoma Hodgkin apresentando incidência de 1.590 casos em homens e de 1.050 em mulheres.

Por fim, observamos o câncer de pele que corresponde a um risco estimado de 80,12 casos novos a cada 100 mil homens e 86,65 casos novos a cada 100 mil mulheres, para cada ano do triênio 2020-2022, não considerando o câncer de pele não melanoma.

### **1.2.2 Tratamentos**

Desde o momento do diagnóstico médico de câncer inicia-se uma busca ativa pela melhor linha de tratamento para aquele tipo de câncer. Dentre as opções estão a abordagem cirúrgica (INCA, 2022), podendo ter o ato cirúrgico finalidade curativa, principalmente na descoberta precoce do tumor sendo possível sua retirada total, quanto para finalidade paliativa, visando reduzir a quantidade de células tumorais ou de controlar sintomas que comprometam a qualidade de vida do paciente, através da descompressão de estruturas vitais, controle de hemorragias e perfurações, desvios de trânsito aéreo, digestivo e urinário, bem como controle da dor, por exemplo (CIRILO et al., 2016).

Outra abordagem importante consiste na administração de drogas quimioterápicas que buscam destruir as células mutadas que estão formando o tumor e impedir sua disseminação, podendo ser administradas via oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, intratectal (através medula espinhal) ou tópica (CIRILO et al., 2016). Há, também, a quimioterapia paliativa, que consiste em uma medicação que busca interferir no processo de crescimento e divisão celular do tumor beneficiando o paciente pela redução do tamanho da massa tumoral, conseqüentemente melhorando o metabolismo do paciente e reduzindo os sintomas, não apresentando repercussão sobre sua sobrevivência obrigatoriamente (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Entre as opções de tratamento encontra-se também a radioterapia, na qual se utilizam radiações ionizantes para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem de tamanho, também podendo ser utilizada em associação à alguma quimioterapia (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Em alguns casos o paciente pode não apresentar boa resposta frente aos tratamentos, ou ainda não ter indicação de iniciá-los devido a gravidade do quadro, sendo a melhor opção de tratamento para eles os Cuidados Paliativos. No tratamento oncológico, a prática de cuidados paliativos permite uma abordagem integral do paciente se iniciado precocemente, permitindo a inserção de medidas de prolongamento de vida saudáveis, como quimioterapia e radioterapia paliativa, visando cuidado e alívio do sofrimento ao invés de cura, diminuindo, por exemplo, situações clínicas estressoras (GONÇALVES; ARAÚJO, 2016).

### **1.2.3 Cuidados Paliativos**

Cuidados paliativos (CP) corresponde a oferecer uma vida digna aos pacientes crônicos e/ou em final de vida, compreendendo que a morte não deve ser antecipada e nem adiada, mas permitir o seu curso natural oferecendo qualidade de vida aos envolvidos nesse processo causador de dor e sofrimento (SILVA; SANTOS; VALENTIM, 2022).

O diagnóstico do câncer geralmente exerce um efeito destrutivo para o paciente e os familiares que o acompanham. Segundo o INCA a abordagem ao paciente e à família dentro dos CP é feita por equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais (INCA, 2018).

Quando ocorre a descoberta da doença surgem também uma série de alterações comportamentais e na rotina cotidiana dos indivíduos e familiares. Tais comportamentos são influenciados por sentimento de culpa e sofrimento que geram aumento na demanda física, de cuidados emocionais, preocupações financeiras, além de outros aspectos com os quais o paciente e seus familiares se deparam (SILVA; SANTOS; VALENTIM, 2022).

Muitas vezes ocorre o sentimento de negação pelas partes envolvidas, sendo solicitado, ou exigido, intervenção total para manter o paciente vivo,

mesmo que isso inclua o sofrimento e, até mesmo, gastos financeiros excessivos (REVILLE; AXELROD; MAURY, 2009). Porém, em alguns casos, não é possível a remissão da doença devido ao prognóstico oncológico desfavorável frente ao tratamento, fazendo-se necessário abordar alternativas que visem o conforto do paciente, de modo ativo, através dos Cuidados Paliativos (SILVA; SANTOS; VALENTIM, 2022).

A adequação do paciente aos CP depende de inúmeros fatores tais como: aceitação e adesão familiar à essa abordagem, estilo ou padrão de enfrentamento das situações de estresse, condição social e econômica do doente e da família, variáveis culturais e experiências prévias (REVILLE; AXELROD; MAURY, 2009; SILVA; SANTOS; VALENTIM, 2022).

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2022), o encaminhamento aos Cuidados Paliativos não significa que não haja mais nada a ser feito pelo paciente, entretanto, significa que o diagnóstico é de uma doença crônica grave, que ameaça a vida, fazendo-se necessária uma equipe capacitada de especialistas para promover os cuidados adequados ao doente e àqueles que o cercam, afim de garantir alívio do sofrimento e manutenção da qualidade de vida.

Os Cuidados Paliativos levam em consideração não somente a condição física, mas também as preocupações sociais, psicológicas e espirituais do paciente (REVILLE; AXELROD; MAURY, 2009). O doente inserido nesse tratamento deve ser visto como pessoa e não apenas como o resultado de uma doença incurável (MARCIÃO et al., 2021). É preciso estar preparado psicologicamente e profissionalmente para conviver com pacientes extremamente afetados fisicamente e mentalmente (COSTA; DUARTE, 2019).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída pelo Ministério da Saúde, 2013, reafirma que os Cuidados Paliativos fazem parte do cuidado integral ao paciente oncológico e assegura que todo hospital habilitado em oncologia tem a obrigação de garantir esses cuidados.

#### **1.2.4 Atuação Fisioterapêutica**

Pacientes que convivem com o câncer, frequentemente acabam desenvolvendo transtornos tais como estresse e depressão, levando a piora no seu quadro geral de saúde, podendo ocasionar distúrbios como o aumento da

tensão musculoesquelética, hipertensão arterial, tremores, dores, irritabilidade, fraqueza, déficit do equilíbrio postural e performance, gerando diminuição na qualidade de vida (MARCIÃO et al., 2021).

Torna-se bastante comum entre paciente oncológicos a redução da movimentação e da prática de atividades frente ao surgimento da dor. Este comportamento gera gradualmente comprometimento no condicionamento físico, na força muscular, na capacidade aeróbica e flexibilidade, podendo levar ao desenvolvimento da síndrome do imobilismo (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

A síndrome do imobilismo é definida pela restrição ao leito, por um tempo prolongado, associado a um conjunto de alterações, tendo como consequência a redução da capacidade funcional dos sistemas musculoesqueléticos, tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário e nervoso (OLIVEIRA et al., 2015). Geralmente tais sintomas estão associados às queixas de dificuldade de locomoção (mobilidade), pior *status* funcional, humor depressivo e déficit cognitivo (BOCLIN; FAERSTEIN, 2013).

Nesse sentido, podemos observar a grande importância das condutas fisioterapêuticas, principalmente em relação às intervenções preventivas, visando otimização da função pulmonar e motora global, estímulo à mobilização precoce, bem como promover sedestação, ortostatismo e deambulação, quando possível (CINTRA et al., 2013).

Através de uma avaliação minuciosa, o fisioterapeuta será capaz de estabelecer a melhor conduta para o tratamento do paciente. Vale ressaltar que em Cuidados Paliativos essa avaliação requer maior atenção aos sinais e sintomas como: dispneia, linfedema, fadiga, dor, alteração no sistema neurológicos e outros (CINTRA et al., 2013). Após a avaliação, é função do fisioterapeuta trabalhar com cada paciente de acordo com a sua funcionalidade, tendo como objetivo promover o máximo de independência a ele, focando na estimulação de mudanças de decúbito, posicionamento adequado no leito, transferências e mobilização global afim de prevenir encurtamentos, perda acentuada de massa muscular, deformidades, perda de equilíbrio, complicações respiratórias e cardiovasculares (SILVA et al., 2021).

A cinesioterapia é um importante recurso da Fisioterapia, buscando gerar fortalecimento muscular, ganho de propriocepção, aumento da amplitude de

movimento e prevenção à imobilidade, promovendo manutenção do equilíbrio e coordenação motora, bem como aumento na resistência à fadiga, através de movimentos voluntários assistidos ou ativos como forma de terapia (CINTRA et al., 2013; SILVA et al., 2021). Outro recurso muito utilizado em Cuidados Paliativos é a mobilização articular, grande aliada no alívio da dor referida (SILVA et al., 2021)

A dor é um sintoma bastante presente na vida da maioria dos pacientes em Cuidados Paliativos, sendo definida como uma sensação desconfortável e, portanto, subjetiva, tornando-se necessário que cada indivíduo rotule o grau e intensidade da sua dor de acordo com a sua percepção (SCHLEDER et al., 2017). São necessárias técnicas eficazes para minimizar sensações pertinentes à dor com a finalidade de redução desses sintomas (INCA, 2020).

Nesse sentido, visto que a fisioterapia tem importante papel no alívio das dores, bem como na promoção da melhora da qualidade de vida, incluindo a independência funcional do paciente, torna-se necessário o estabelecimento de um protocolo para nortear as condutas fisioterapêuticas, afim de otimizar o tratamento do paciente.

## **2. OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo verificar se um protocolo de exercícios fisioterapêuticos sistematizados pode otimizar o tratamento do paciente oncológico em Cuidados Paliativos visando melhor controle da dor e a melhora da funcionalidade.

## **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo será desenvolvido na enfermaria do Hospital Amaral Carvalho, na cidade de Jaú/SP e será submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A amostra será recrutada no setor de Cuidados Paliativos, contando com pacientes hospitalizados.

### **3.1 Critérios de Inclusão**

Os participantes deverão apresentar hospitalização com duração mínima de 7 dias de internação. Apenas serão incluídos no estudo participantes com 60 anos ou mais e que apresentem dor segundo Escala Visual Analógica (EVA) entre 3 (moderado leve) e 7 (moderado intenso), sendo este um importante instrumento para verificarmos de maneira fidedigna a evolução do paciente a cada nova intervenção, bem como avaliação com a Escala Modificada de Borg, visando obter informações constantes a respeito do nível de cansaço respiratório, inclusive durante aplicação do protocolo de exercícios proposto, sendo aceito para o presente estudo aqueles que apresentarem Borg entre 0 (sem cansaço respiratório) e 7 (cansaço respiratório moderado-intenso). Para avaliação de performance e funcionalidade serão utilizadas as escalas Karnofsky (KPS – *Karnofsky Performance Status*) (KUROGI; BUTCHER; SALVETTI, 2020) que classifica o paciente de acordo com o grau de incapacidade funcional e avalia a perda de autonomia (com classificação entre 10-100%), sendo que para o presente estudo utilizaremos como corte pacientes que se apresentarem entre 30% (Muito incapaz; necessária hospitalização e tratamento de apoio ativo) e 70% (Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo) e pelo ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group performance status*) (HAUS et al., 2020), escala importante para analisar o *status* da performance funcional do paciente com valores que variam de 0 à 4. Para o estudo utilizaremos o corte entre 1 (Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal), 2 (Fora do leito mais de 50% do tempo) e 3 (No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos). Será utilizada, também, a escala ICU *mobility scale* (IMS) (MEYER et al., 2013) que tem por objetivo principal quantificar o nível funcional do paciente durante o período de internação, com pontuação entre 1 e 10, sendo 1 total dependência e restrição ao leito e 10 marcha independente sem necessidade de qualquer auxílio. Serão utilizados valores entre 3 (Transferência passiva para a cadeira) e 7 (Marcha estática com ou sem assistência).

Para participação no estudo os pacientes elegíveis estarão cientes da pesquisa e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que tem por finalidade fornecer esclarecimento amplo sobre a investigação a ser realizada, seus riscos e benefícios, podendo participar (ou não) da pesquisa de forma livre e consciente.

### **3.2 Critérios de Não Inclusão**

Não serão incluídos no estudo pacientes que apresentarem menos de 60 anos, dor segundo escala EVA menor que 3 ou maior que 7, BORG maior ou igual a 8, funcionalidade de acordo com a escalada Karnofsky menor que 30% ou maior que 70% e, de acordo com a escala ECOG, menor que 2 e maior de 3. Não serão incluídos também, pacientes que apresentem nível funcional de acordo com a escala de IMS menor que 3 ou maior que 7.

### **3.3 Critérios de Exclusão**

Serão excluídos da pesquisa pacientes que apresentarem necessidade de sedoanalgesia, que recebam alta antes de 7 dias de internação, que apresentem sinais de desconforto respiratório intenso sendo necessário repouso absoluto ou que evoluam à óbito.

### **3.4 Avaliação e Protocolo de treinamento**

#### **3.4.1 Avaliação**

Os participantes elegíveis que aderirem ao estudo serão submetidos a uma avaliação no primeiro e sétimo dia de internação.

Serão utilizadas as seguintes escalas: escala visual analógica (EVA) para dor, avaliações de funcionalidade através das escalas ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group performance status*), Karnofsky (KPS – *Karnofsky Performance Status*) e IMS (*ICU mobility scale*), avaliação de performance segundo escala PPS (*Palliative Performance Scale*) que permite avaliar o estado funcional dos pacientes e estabelecer planos de cuidados paliativos de forma mais adequada sendo pontuada entre 10% (totalmente acamado) à 100% (totalmente ativo) (CASTÔR et al., 2019) e, para avaliação de qualidade de vida será utilizada a escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), que consiste em uma escala que aborda combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas frequentemente encontrados em pacientes com câncer (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

#### **3.4.2 Protocolo de Treinamento**

Os participantes serão submetidos a um protocolo de treinamento em período vespertino, por cinco dias consecutivos entre o segundo e sexto dia de internação, inclusive aos finais de semana, com a seguinte sequência: exercício de ponte (1x 10 repetições) visando fortalecimento dos músculos do core, exercício isométrico de adutores e quadríceps (1x 10seg cada) visando fortalecimento isolado da musculatura trabalhada, sedestação à beira leito (com ou sem auxílio), cinesioterapia ativa global (1x 10 repetições de cada movimento, sendo eles flexão de cotovelo, flexão de ombro, dorsiflexão e flexão plantar, extensão de joelho e flexão de quadril), ortostatismo e marcha estacionária (1x 10 repetições de flexão de quadril em ortostatismo).

O programa de exercícios será oferecido a todos os indivíduos que atenderem aos critérios de elegibilidade e aqueles que se recusarem a participar serão alocados no grupo controle.

### 3.5 Análise Estatística

Os dados serão avaliados quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e as comparações serão feitas pela ANOVA de 1 via com pós-teste de Bonferroni se os dados forem normais e pelo teste de Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn se os dados forem não normais. Será adotado o valor de  $p < 0,05$  como significativo.

## 4. Cronograma de Execução

| Atividades/Semestres                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------------|---|---|---|---|
| Atualização bibliográfica                 | X | X | X | X |
| Reuniões mensais com o orientador         | X | X | X | X |
| Captação da amostra                       |   | X | X |   |
| Aplicação do protocolo de exercícios      |   | X | X |   |
| Reavaliação da amostra                    |   | X | X |   |
| Processamento e análise dos dados obtidos |   |   | X |   |
| Redação da dissertação                    |   |   |   | X |

## 5. Referências

ARAÚJO, M. M. T. DE; SILVA, M. J. P. DA. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 626–632, jun. 2012.

BARROS, M. B. DE A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3755–3768, set. 2011.

BOCLIN, K. DE L. S.; FAERSTEIN, E. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde \*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 301–313, jun. 2013.

CASTÔR, K. S. et al. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 1, 2019.

CINTRA, M. M. M. et al. INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DO IMOBILISMO. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. 1, p. 68–76, 30 jun. 2013.

CIRILO, J. D. et al. NURSING CARE MANAGEMENT FOR WOMEN WITH BREAST CANCER IN PALLIATIVE CHEMOTHERAPY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

COSTA, B. P.; DUARTE, L. A. Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 510–515, set. 2019.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1043–1049, dez. 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2655–2665, 17 jun. 2022.

GONÇALVES, J. E.; ARAÚJO, V. S. O psicólogo e o morrer: como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológico existencial. p. 13, [s.d.].

HAUS, R. et al. Eastern Cooperative Oncology Group Performance Score Is Associated With Survival After Radiotherapy of Bone Metastases from Prostate Cancer. **In Vivo**, v. 34, n. 2, p. 679–682, 2020.

IBGE. Projeção Da População Das Unidades Da Federação Por Sexo E Idade Para O Período 2000/2030. 2013.

INCA. **Cuidados Paliativos.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

INCA. **O que é câncer?** Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 29 nov. 2022a.

INCA. **Tipos de Câncer.** Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/tipos-de-cancer>>. Acesso em: 29 nov. 2022b.

KUROGI, E. M.; BUTCHER, R. DE C. G. E S.; SALVETTI, M. DE G. Relationship between functional capacity, performance and symptoms in hospitalized patients with heart failure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. e20190123, 2020.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 944–950, dez. 2005.

MALTA, D. C. et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Population Health Metrics**, v. 18, n. 1, p. 16, 30 set. 2020.

MARCIÃO, L. G. DE A. et al. A importância da atenção Fisioterapêutica nos cuidados paliativos em pacientes com câncer. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e46310616042–e46310616042, 6 jun. 2021.

MEYER, M. J. et al. Surgical Intensive Care Unit Optimal Mobilisation Score (SOMS) trial: a protocol for an international, multicentre, randomised controlled trial focused on goal-directed early mobilisation of surgical ICU patients. **BMJ Open**, v. 3, n. 8, p. e003262, ago. 2013.

OLIVEIRA, DANIEL VICENTINI DE et al. O processo do envelhecimento humano. Em: **Educação Física em Gerontologia**. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2021. p. 361.

OLIVEIRA, M. M. DE et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 146–157, dez. 2015.

REVILLE, B.; AXELROD, D.; MAURY, R. Palliative Care for the Cancer Patient. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 36, n. 4, p. 781–810, dez. 2009.

SCHLEDER, J. C. et al. The transcutaneous electrical nerve stimulation of variable frequency intensity has a longer-lasting analgesic action than the burst transcutaneous electrical nerve stimulation in cancer pain. **Revista Dor**, v. 18, n. 4, 2017.

SILVA, A. E. DA; SERAKIDES, R.; CASSALI, G. D. Carcinogênese hormonal e neoplasias hormônio-dependentes. **Ciência Rural**, v. 34, p. 625–633, abr. 2004.

SILVA, P. B. DA; SANTOS, M. F. DOS; VALENTIM, N. DOS S. Cuidados paliativos para o paciente oncológico: impacto psicológico no familiar cuidador Cuidados paliativos e o impacto psicológico no familiar. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 20, n. 71, 4 jul. 2022.

SILVA, L. E. S. et al. A função do fisioterapeuta nos cuidados paliativos e os recursos utilizados para melhoria de qualidade de vida do paciente oncológico em estado terminal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e190101623148–e190101623148, 11 dez. 2021.