

## MORTE E CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO DA FISIOTERAPIA: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

## DEATH AND PALLIATIVE CARE IN THE CONTEXT OF PHYSIOTHERAPY: FUNDAMENTAL CONCEPTS

Fernando Cesar Iwamoto Marcucci (Orcid: 0000-0001-8139-7772)<sup>1</sup>  
Daniela Wosiack da Silva (Orcid: 0000-0003-3702-2724)<sup>2</sup>

**RESUMO**

Os profissionais de fisioterapia frequentemente tratam pacientes com doenças em fase avançada e lidam com o processo de morte na prática profissional. A abordagem dos cuidados paliativos visa discutir a limitação do foco curativo, promover conforto e controlar sintomas, respeitando a autonomia dos pacientes e familiares. Este estudo objetivou contextualizar os cuidados paliativos na prática da fisioterapia e analisar essa abordagem no campo da ética profissional. Os cuidados paliativos podem ser incluídos em qualquer idade e estágio das doenças que limitam a vida e visam aumentar sua qualidade para pacientes e familiares. A perda da capacidade funcional é um importante aspecto avaliado nos pacientes em cuidados paliativos, pois a maioria tem comprometimento na realização das atividades diárias. A atualização do Código de Ética Profissional da Fisioterapia inclui cuidados paliativos como parte da assistência, nesse contexto, os profissionais necessitam apropriar-se do conhecimento técnico e dos conceitos fundamentais dos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Cuidados paliativos. Humanização da assistência. Ética profissional.

**ABSTRACT**

Physiotherapy professionals often treat patients with advanced disease and deal with the death process in professional practice. The palliative care approach aims to discuss the limitation of the curative focus, promote comfort and control symptoms, respecting the autonomy of patients and family members. This study aimed to contextualize palliative care in the practice of physiotherapy and to analyze this approach in the field of professional ethics. Palliative care can be included at any age and stage of diseases that limit life and aim to increase its quality for patients and family members. The loss of functional capacity is an important aspect evaluated in patients in palliative care, since most of them are compromised in carrying out daily activities. The updating of the Physiotherapy Professional Code of Ethics includes palliative care as part of assistance, in this context, professionals need to appropriate technical knowledge and fundamental concepts of palliative care.

**Keywords:** Physical therapy specialty. Palliative care. Humanization of assistance. Ethics, professional.

Contato  
Fernando Cesar Iwamoto Marcucci  
E-mail: fcim@msn.com

<sup>1</sup> Departamento de Fisioterapia, Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O profissional de fisioterapia atua em diversos contextos inerentes ao cuidado do ser humano, que apresentam implicações éticas, incluindo a oportunidade de assistir pacientes em fases final de vida e presenciar o processo de morte. Os avanços das técnicas terapêuticas e da tecnologia na área da saúde trazem novos desafios e questionamentos éticos, como o prolongamento artificial da vida, a busca pelo aumento do tempo e da qualidade de vida e a busca por distanciar o limiar entre vida e morte<sup>1,2</sup>.

O envelhecimento populacional e a mudança no perfil epidemiológico das principais causas de morte criam demandas crescentes para a assistência dos indivíduos idosos e para portadores de doenças crônicas. O uso extensivo e protocolar dos procedimentos de prolongamentos artificial de vida, por vezes em casos sem possibilidade de cura ou de restabelecimento de uma qualidade de vida mínima, implica a ocorrência de um processo de morte prolongado e, frequentemente, desgastante para o paciente, familiares e profissionais de saúde envolvidos<sup>3,4</sup>.

Questionando esse paradigma e para suprir as necessidades complexas do paciente com doenças em fase avançada ou sem perspectiva de cura, surgiu o movimento *hospice*; e desenvolveu-se um modo de atuação denominado Cuidados Paliativos (CP) que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definido como “uma abordagem que

aumenta a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam um problema que ameaça a vida, através de prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação apurada, do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais”<sup>5</sup>.

A forma contemporânea dessa abordagem, desenvolvida na década de 1960, tem sido aplicada amplamente em diferentes contextos e em diversos países. A OMS tem recomendado a aplicação e a ampliação de acesso aos CP nos sistemas de saúde para prover o cuidado adequado para as doenças crônicas que ameaçam a vida. Assim, para desenvolver uma assistência adequada, o fisioterapeuta necessita apropriar-se do conhecimento técnico, das discussões e das legislações que envolvem o campo da ética profissional e que influenciam nas tomadas de decisão envolvidas no cuidado do paciente com doenças incuráveis ou com risco de morte, em curto ou médio prazo<sup>1,2,4</sup>.

As legislações relacionadas com a prática profissional, como o Código de Ética Profissional da Fisioterapia<sup>6</sup>, as políticas de saúde pública e outros documentos relativos ao cuidado no fim da vida, exigem reflexões sobre a atuação ética dos profissionais e apropriação adequada dos conceitos éticos envolvidos. Assim, no intuito de contribuir para esse processo, este artigo objetiva apresentar e definir alguns conceitos relacionados com a prática da fisioterapia no campo dos CP e no suporte no fim da vida, em especial, para os pacientes com doenças crônicas.

## CONTEXTO ATUAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os progressos obtidos na cura das doenças infecciosas e o maior controle dos eventos agudos mudaram a forma de morrer, reduzindo a mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias e materno-infantis, enquanto aumentaram as mortes decorrentes de doenças crônicas e degenerativas, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países com menor desenvolvimento, apesar destes ainda terem maior prevalência das causas agudas e externas. Esse quadro, associado ao desenvolvimento social, também promoveu um aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, aumentou o número de idosos na população. Esses fatores influenciam a forma de morrer que, nas doenças crônicas, apresenta evolução progressiva ao longo do tempo, associado à perda gradativa de funções orgânicas e da capacidade funcional antes da ocorrência da morte<sup>3,4</sup>.

Essa previsibilidade do óbito poderia ser associada ao melhor planejamento dos cuidados e da assistência à saúde oferecidos no fim da vida. No entanto, sem o suporte adequado e o uso recorrentes de procedimento de prolongamento artificial da vida, frequentemente, há dissonância entre a extensão do tempo e a qualidade de vida obtida, com limitada possibilidade de sobrevida, perda de autonomia e despreparo da família para lidar com o processo de morte. Assim, é frequente o processo de morte ser associado a um sofrimento físico, existencial, psicológico e familiar, bem como limitações para uma comunicação ativa e barreiras para a resolução de problemas associados ao fim de vida<sup>3,7</sup>.

O estabelecimento dos CP, da forma atual, é creditado ao Saint Christopher's Hospice, no Reino Unido, em 1967, por Cecily Saunders. Inicialmente, formou-se como enfermeira e, posteriormente, em Administração Pública e Social. Em 1957, graduou-se em medicina; e, durante anos, atuou no cuidado de doentes terminais, percebendo a necessidade de melhor controle de sintomas, principalmente da dor, nos pacientes com câncer em fase avançada. Assim, elaborou diretrizes para o cuidado mais especializado para esses pacientes e estabeleceu os princípios fundamentais do movimento *hospice*<sup>3,8</sup>.

Tal abordagem disseminou-se, primeiramente, para os países com maior contato com o Reino Unido, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e pela Europa. Como o termo *hospice* aparentava estar mais vinculado a um local específico, e não ao tipo de abordagem, o cirurgião oncologista Balfour Mount, do Canadá, utilizou o termo "*palliative care*" para descrever a aplicação dos conceitos do movimento *hospice* no hospital que atuava, para distinguir das instituições asilares. Essa nomenclatura ganhou maior difusão a partir da década de 1980, quando a OMS iniciou a divulgação de políticas de controle da dor e atenção oncológica, e adotou o termo CP para a publicação dos seus documentos oficiais<sup>3,9</sup>.

O reconhecimento da necessidade de CP deve ser incluído na rotina dos serviços de saúde, e é importante a compreensão que os CP podem ser incluídos para pacientes de qualquer idade e em qualquer estágio das doenças. Os CP não excluem os demais tratamentos curativos e têm como objetivos principais controlar os sintomas, aumentar a qualidade de vida e promover a autonomia do paciente acometido por doença sem cura disponível.

Os CP podem ser oferecidos em diferentes locais, como na atenção primária, em ambulatórios, na atenção domiciliar e outros serviços de saúde, para oferecer suporte para condições de menor complexidade até aquelas que requerem intervenções especializadas. Para sua aplicação, os profissionais de saúde devem ser capacitados para atuar na área, bem como se recomenda a inclusão dessa abordagem nos currículos da graduação<sup>3,10,11</sup>.

A aplicação do CP com qualidade prevê a adoção de princípios fundamentais, como<sup>3</sup>:

- Avaliar e controlar de forma apurada diversos sintomas psíquicos e físicos; com prevenção de complicações e antecipação na resolução de questões relacionadas ao fim da vida;
- Afirmar a vida com qualidade, aceitando a morte como parte desta, sem prolongar ou antecipar sua ocorrência. Evitar a realização de medidas terapêuticas obstinadas, buscar melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença, ainda que esta não seja curada;
- Oferecer suporte para os pacientes e seus familiares por meio de uma abordagem integral dos diversos sintomas e problemas, incluindo os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, bem como oferecer assistência no luto;
- Oferecer suporte multiprofissional para permitir o alcance de todos os problemas relacionados a doenças e ao momento vivido. Deve ser aplicado o mais precocemente possível, mesmo associado aos cuidados curativos;
- Oferecer comunicação compreensiva e escuta ativa, para o paciente e familiares, abordando aspectos que vão além das questões relacionadas à doença, incluindo questões sociais, familiares e psicológicas, para permiti-los exercer a autonomia e independência tanto quanto possível.

No Brasil, o conceito de CP foi aplicado em iniciativas isoladas aos pacientes com câncer na década de 1980, com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos na década seguinte. Em 1998, foi inaugurada a Unidade IV do Instituto Nacional do Câncer (Inca), voltada para pacientes oncológicos fora de possibilidades de cura. A partir de 2002, ampliou-se a divulgação do tema a partir de algumas políticas públicas e pela fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)<sup>3,12</sup>.

Atualmente, há um movimento mundial de diversas organizações para reconhecer o acesso aos CP como um direito humano. A OMS recomenda que os países-membros desenvolvam ações em CP e que os adotem nas estratégias de saúde pública, em todos os níveis de atenção à saúde<sup>13,14</sup>. Em países como Inglaterra, Austrália, Japão, Estados Unidos, entre outros, os CP estão inseridos de forma mais ampla no sistema de saúde. No Brasil, ainda é limitado o número de serviços que oferecem acesso a essa forma de atenção de maneira estruturada, sendo a maioria voltada ao paciente com câncer, o que limita o acesso para pacientes com outras doenças<sup>12,15</sup>.

Em 2014, a 67ª Assembleia Geral da OMS aprovou resolução voltada a fortalecer os CP com um componente do tratamento integrado disponível nos sistemas de saúde. Esse documento reforça a necessidade de incluir o planejamento dos temas relacionados com o avançar da idade, e especificamente com o fim da vida. Recomenda também a necessidade de ações em saúde pública, como: a) integração dos serviços de CP na estrutura e financiamento do sistema de saúde, com ênfase na atenção primária; b) fortalecimento e expansão dos recursos humanos nessa área, incluindo educação e treinamento profissional; c) garantia da disponibilidade de medicamentos para o controle de sintomas, particularmente para o acesso a opióides para dor e sintomas respiratórios e; d) adoção de políticas de pesquisa para identificar necessidades e modelos de serviços viáveis para cada realidade<sup>16</sup>.

A utilização de CP não deve ser limitada a serviços especializados, e podem ser ofertados em todos os níveis de atenção, ou seja, pode ser aplicado onde quer que o paciente esteja, no domicílio, nos serviços de cuidado comunitários, hospitais, ambulatoriais, hospitais-dia ou serviços especializados. Os diferentes níveis de atenção em CP são<sup>17</sup>:

- Ação paliativa: representa o nível básico, para as intervenções realizadas para o controle de sintomas, ou ações pontuais e isoladas, sem estrutura diferenciada ou especializada;

- Cuidados Paliativos de Nível I (Generalista): prestados por equipes móveis, com formação diferenciada em CP, que não dispõem de estrutura de internação própria, mas possuem espaço físico para sediar suas atividades. Podem ser realizadas em regime domiciliar ou de internação. São, geralmente, limitados aos serviços de aconselhamento, suporte social, emocional ou espiritual diferenciados;

- Cuidados Paliativos de Nível II (Generalista): prestado em unidades próprias de internação ou em domicílio, com suporte de equipes multiprofissionais capacitadas com apoio 24 horas, para condições clínicas de média complexidade e necessidades diversas;

- Cuidados Paliativos de Nível III (Especializado): soma-se às condições do nível II o desenvolvimento de programas regulares e estruturados de formação e capacitação especializada em CP, com desenvolvimento de pesquisa, protocolos e condutas na área, com equipe multidisciplinar completa para atender situações de alta complexidade.

Em 2018, foi publicada a Resolução nº 41, do Ministério da Saúde/CIT, que define as diretrizes para a organização dos CP no Sistema Único de Saúde (SUS); e apresenta definições gerais para sua aplicação no SUS e inclui esse tipo de suporte em todos os níveis de atenção<sup>18</sup>. Assim, os

serviços de assistência à saúde devem se adequar para ofertar o atendimento em CP, nos diversos níveis de complexidade, oferecer suporte multiprofissional capacitado para as diversas necessidades apresentados pelos pacientes com indicação e aplicar os princípios fundamentais da área.

## FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Toda ação terapêutica que não tem o objetivo de curar uma doença, mas o controle do sintoma e a melhora da qualidade de vida pode ser considerada como uma ação paliativa. Assim, o fisioterapeuta, no cotidiano da prática clínica, frequentemente exerce ações paliativas, por vezes sem reconhecer essa prática como tal. Não é difícil que isso ocorra considerando a grande demanda de fisioterapia oriunda das doenças crônicas, como as insuficiências de órgãos (cardíaca, renal e hepática), doenças respiratórias, doenças neurológicas e degenerativas e as doenças oncológicas<sup>1,2</sup>.

A funcionalidade é um importante aspecto a ser avaliado nos CP uma vez que, frequentemente, esses pacientes apresentam algum comprometimento funcional ao longo da trajetória da doença e com limitações importantes na locomoção e nas atividades do dia a dia<sup>3,19</sup>. A perda da funcionalidade é um dos principais sinais utilizado no prognóstico das doenças e para a indicação de CP, e pode ser avaliada por diversas ferramentas, como, por exemplo, a Escala de Performance Karnofsky ou a *Palliative Performance Scale*, adaptada a partir da anterior. Nes-

sas ferramentas, indivíduos com escore de 70% ou menos têm indicação precoce de CP (e podem se beneficiar das ações paliativas), e aqueles com escore de 50% ou menos têm indicação de CP, e necessitam de suporte mais específico para suas necessidades de saúde<sup>3,20-22</sup>.

Pela interrelação entre capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, a fisioterapia deve ser inserida de forma precoce para reduzir a perda funcional e estimular a independência do paciente, conforme seu potencial, ainda que muitas vezes a progressão da doença seja inevitável<sup>1,2</sup>. Entre as condições clínicas mais comuns associadas aos CP, estão as doenças cerebrovasculares e neurodegenerativas, as doenças pulmonares crônicas, as insuficiências de órgãos (cardíaca, renal e hepática), as condições de fragilidade (como fratura de fêmur e amputações de membros inferiores por diabetes em idosos, indivíduos acamados, quadros demenciais etc.) e processos oncológicos<sup>22,23</sup>.

Para todas essas condições, a fisioterapia já dispõe de recursos terapêuticos específicos para melhorar a funcionalidade, aumentar a resistência aos esforços físicos ou minimizar a perda da possibilidade de realizar movimentos, controlar os sintomas (como dor, dispneia, fadiga e ansiedade), estimular a saída do leito e promover a socialização com familiares e amigos. Assim, a atuação do profissional de fisioterapia nos CP não envolve, necessariamente, adotar novas técnicas ou recursos terapêuticos, mas, principalmente, aplicá-los da melhor forma visando à qualidade de vida do paciente, respeitando suas escolhas e definindo objetivos reais e progressivos com foco no curto ou médio prazo<sup>1</sup>.

## CUIDADOS PALIATIVOS E O CÓDIGO DE ÉTICA DA FISIOTERAPIA

A ética é um conjunto de princípios morais ou formas de condutas, especialmente relacionado com um grupo específico. Ou seja, depende ou é influenciada pelo contexto sociocultural e pelo período histórico. Originada na palavra grega *ethos*, com significado de costumes, foi utilizada no campo da filosofia da moral. Ao aplicá-la sob a perspectiva biológica do ser humano, Potter utilizou o termo bioética, em 1971<sup>24</sup>.

A fisioterapia foi reconhecida como profissão no Brasil a partir de 1969. Desde então, estruturou seus referenciais atuais com a ampliação das áreas de atuação, multiplicação de cursos, amadurecimento científico e desenvolvimento técnico. Em 1978, foi elaborado o Código de Ética Profissional, com a premissa de regulamentar as ações dos fisioterapeutas segundo o escopo de abrangência ética e deontológica da prática profissional<sup>25-27</sup>. Após 35 anos, o Código de Ética Profissional foi atualizado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) pela Resolução Coffito 424/2013, para Fisioterapia, e Resolução Coffito 425/2013, para Terapia Ocupacional<sup>6,28</sup>.

Nessa atualização, foi incluído, pela primeira vez, no Capítulo II – Das Responsabilidades Fundamentais – o suporte em CP na atuação do fisioterapeuta. O art. 4º cita: “O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema

de saúde vigente no Brasil”<sup>6</sup>. Tal apontamento traz a necessidade de estabelecer o desenvolvimento dessa área na formação profissional.

Ainda no Capítulo II, com implicação sobre o suporte em CP, podemos citar o art. 9º, sobre os deveres fundamentais do fisioterapeuta, que deve (III) “utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano”<sup>6</sup>. A dignidade e a autonomia dos pacientes são conceitos-chave para o desenvolvimento de cuidados paliativos adequados, e sua manutenção é essencial para a qualidade de vida, até o seu fim.

Sobre a autonomia e demais princípios éticos envolvidos no cuidado no fim da vida, recomenda-se, no Capítulo III (art. 14, IV): “respeitar o princípio bioético de autonomia, beneficência e não maleficência do cliente/paciente/usuário de decidir sobre a sua pessoa e seu bem-estar”<sup>6</sup>. Esta diretriz é um importante item a ser discutido com pacientes com doenças incuráveis ou com risco de vida; e é fundamental para os profissionais envolvidos nessas fases o conhecimento e a aplicação das diretrizes antecipadas de vontade, do testamento vital e de ordens de não reanimação ou de prolongamento artificial da vida. O paciente, ou o responsável legal em alguns casos, tem direito de decidir sobre seu bem-estar; e o profissional precisa ser sensível aos sentimentos do paciente, respeitá-lo e não impor sua vontade ou, por exemplo, traçar objetivos terapêuticos que se contrapõem aos objetivos de vida do próprio paciente.

Sobre o lidar com a morte e o morrer, o Capítulo III, art. 14, apresenta: “[...] deveres fundamentais dos fisioterapeutas relacionados à assistência ao cliente/paciente/usuário (I) respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano”<sup>6</sup>. Essa disposição é um avanço comparada com o antigo Código de Ética Profissional, de 1978, que estabelecia a ideia de “utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio”<sup>27</sup>. Essa última reforçava o conceito de prolongar o tempo de sobrevivência a qualquer custo e poderia incentivar a adoção de medidas terapêuticas obstinadas, mesmo nas condições sem possibilidade de sobrevivência.

O art. 26 (Capítulo V) refere-se à necessidade do fisioterapeuta de “atuar em consonância à política nacional de saúde, promovendo os preceitos da saúde coletiva no desempenho de suas funções, [...] independentemente de exercer a profissão no setor público e privado”<sup>6</sup>. Já o artigo seguinte preconiza que o profissional deve atuar para a melhoria das condições de assistência da saúde e nas políticas públicas. Tal regulamentação reforça a responsabilidade social que o profissional tem sobre o papel da profissão na assistência às pessoas e no bem-estar da comunidade. O profissional, quer atue no campo privado, quer no público, deve estar ciente do contexto social e atuar de forma proativa no desenvolvimento das condições de saúde da população. As políticas de saúde públicas devem acompanhar as mudan-

ças demográficas e epidemiológicas, ampliando a atenção para o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas, para atenderem às demandas geradas por estas.

O conhecimento do Código de Ética e sua adoção na prática profissional são necessários para a atuação adequada do fisioterapeuta nos diversos contextos de atenção à saúde. Assim, os cursos de graduação precisam valorizar o ensino da ética e os componentes do comportamento profissional por meio da estruturação curricular adequada. A disciplina “Ética e Deontologia”, obrigatória nos cursos de fisioterapia e inserida no currículo mínimo proposto pelo Ministério da Educação, aborda esse conteúdo. Embora a inserção ocorra de forma diferente entre as instituições de ensino, ressalta-se a importância da inclusão de temas relativos aos CP, à terminalidade da vida, à morte e ao morrer, para promover atuação adequada nessas condições durante os percursos profissionais e pessoais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fisioterapeuta atua amplamente na assistência das doenças crônicas e condições incuráveis. Devido a isso, muitas vezes, acompanha os seus pacientes até o fim da vida. Assim, é imprescindível que o profissional esteja capacitado para lidar com o processo de morte de forma adequada e ética, oferecendo recursos terapêuticos que tragam alívio dos sofrimentos físicos, psíquicos e sociais, e promovam a autonomia e independência no dia a dia.



Como as mudanças demográficas e epidemiológicas, a profissão deve inserir-se na prática dos CP, para ampliar o escopo profissional e delinear as formas de atuação nesse campo. A discussão de temas relativos à morte e ao morrer, às implicações éticas e à atuação profissional nos casos com doenças incuráveis ou em fase avançada deve ser inserida na formação profissional dos cursos de graduação, bem como a ampliação da disponibilidade de formação especializada para atuar em serviços de CP.

## REFERÊNCIAS

- Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(1):67-77.
- Felício ECS, Pereira EF, Gomes D. Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais. *Cadernos - Centro Universitário São Camilo*. [Internet]. 2006 [acessado 23 mar 2017]; 12(2):87-91. Disponível em: [https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/cadernos/cuidados\\_paliativos.pdf](https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/cadernos/cuidados_paliativos.pdf)
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos ANCP. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Ampliado e atualizado. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.
- World Health Organization. Palliative care for older people: better practices. [internet]. Who; 2011 [acessado 8 mar 2017]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf)
- WHO. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. [internet]. 2a. ed. Genebra: World Health Organization; 2002 [acessado 10 mar 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>
- Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Resolução nº 424, de 03 de maio de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia 2013. *Diário Oficial da União* 2013; 1 ago.
- Marcucci FCI. Identificação e caracterização dos indivíduos com indicação de Cuidados Paliativos cadastrados na Estratégia Saúde da Família [tese]. [internet]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2016 [acessado 10 maio 2017]. Disponível em: [http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/portal/pages/arquivos/Doutorado/2013/Tese%20Fernando%20Marcucci%20dez\\_16.pdf](http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/portal/pages/arquivos/Doutorado/2013/Tese%20Fernando%20Marcucci%20dez_16.pdf)
- Cicely Saunders Institute. Dame Cicely Saunders Biography [Website]. Updated 2015. England. [acessado 9 mar 2017]. Disponível em: <http://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders/>
- Faull C, Caestecker S, Nicholson A, Black F. *Handbook of Palliative Care*, 3rd Ed. New Jersey: JohnWiley and Sons, Inc.; 2012.
- Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acessado 15 maio 2017]; 22(8):1755-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000800025&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800025&Ing=en)
- Gómez-Batiste X, Connor S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services. [internet]. WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, “la Caixa” Banking Foundation. 2017 [acessado 5 jun 2017]. Catalonia (ES): Liberdúplex. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>

12. Rodrigues IG. Os significados do trabalho em equipe de cuidados paliativos oncológicos domiciliar: um estudo etnográfico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
13. Gwyther L, Brennan F, Harding R. Advancing palliative care as a human right. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38(5):767-74.
14. Stjernsward J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(5):486-93.
15. WPCA. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. [internet]. 2014 [acessado 3 jun 2017]. Disponível em: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/>
16. WHO. World Health Organization. WHA67.19 - Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. [internet]. Resolution WHA; 67a World Health Assembly; 2014 [acessado 5 maio 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>
17. ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Ed. MACIEL MGS, et al. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde/Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2018; 23 nov.
19. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care* 2013; 3(3): 300-8. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000211
20. Grbich C, Maddocks I, Parker D, Brown M, Willis E, Piller N, et al. Identification of patients with noncancer diseases for palliative care services. *Palliat Support Care* 2005; 3(01); 5-14. DOI: 10.1017/S1478951505050029
21. June RL, Joanne L, Daniel JF, Steven L, Jack MG. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*, 2003; 289(18): 2387-2392. DOI: 10.1001/jama.289.18.2387
22. Lynn J. Serving patients who may die soon and their families: The role of hospice and other services. *JAMA*, 2001; 285(7):925-932. DOI: 10.1001/jama.285.7.925
23. Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 2014; 4:285-290. DOI:10.1136/bmjspcare-2013-000488
24. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Rev Bioét* [online] 2013; 21(1):09-19. [acessado 2020-05-20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422013000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422013000100002&lng=en&nrm=iso). ISSN 1983-8042.

25. Badaró AFV, Guilhem D. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculo. 2 Fisioter Pes 2008; 15(4):402-7.
26. Figueiredo LC, Gratao ACM, Martins EF. Código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos relacionados à autonomia do profissional. Fisioter Pesqui 2013; 20(4): 394-400.
27. Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Resolução nº 10, de 3 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 1978. Diário Oficial da União 1978; 22 set.
28. Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Resolução nº 425, de 03 de maio de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. 2013. Diário Oficial da União 2013; 1 ago.

Recebido: 21/08/2018  
Aprovado: 23/01/2020