



MANEJO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE CRIANÇAS ONCOLÓGICAS

Physiotherapy management in palliative care for children with oncology

Jullia Ellissa Matos Ferreira¹

William Jacomin Redondo Mendes²

¹Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru

²Orientador e Docente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru

Resumo

A oncologia pediátrica em cuidados paliativos enfrenta desafios significativos, especialmente onde a qualidade de vida é uma prioridade dos profissionais envolvidos. A fisioterapia tem um papel crucial nesse contexto, pois é responsável por contribuir para a promoção do bem-estar e alívio dos sintomas nas crianças com câncer. O objetivo deste estudo é compreender as evidências que demonstram como a fisioterapia pode melhorar a qualidade de vida de crianças oncológicas em cuidados paliativos. A metodologia usada foi uma revisão bibliográfica narrativa, na qual foram utilizados artigos publicados e indexados nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCIELO, nos últimos dez anos (2014 a 2024). A literatura revisada indica que intervenções fisioterapêuticas podem oferecer benefícios significativos, como a melhora na mobilidade, controle da dor, suporte emocional, complicação como a anorexia-caquexia e o desconforto respiratório, apresentado em muitos casos, promovendo assim um ambiente mais confortável e saudável para os pacientes e suas famílias. As intervenções se incluem em exercícios ativos, estimulação funcional e condicionamento respiratório, sempre respeitando a capacidade dos pacientes. Portanto ressalta-se a importância da fisioterapia como uma estratégia complementar nos cuidados paliativos, contribuindo para um atendimento mais humanizado e eficaz, considerando as necessidades físicas, emocionais e sociais das crianças e de suas famílias.

Palavras-Chave: Oncologia pediátrica; Disfunções pediátricas; Oncologia; Cuidados paliativos; Paliativo pediátrico.

Abstract

Pediatric oncology in palliative care faces significant challenges, especially where quality of life is a priority for the professionals involved. Physiotherapy plays a crucial role in this context, as it is responsible for contributing to the promotion of well-being and symptom relief in children with cancer. The objective of this study is to understand the evidence that demonstrates how physiotherapy can improve the quality of life of children with cancer in palliative care. The methodology used was a narrative bibliographic review, in which articles published and indexed in the LILACS, PUBMED and SCIELO databases in the last ten years (2014 to 2024) were used. The reviewed literature indicates that physiotherapeutic interventions can offer significant benefits, such as improved mobility, pain control, emotional support, complications such as anorexia-cachexia and respiratory distress, presented in many cases, thus promoting a more comfortable and healthy environment for patients and their families. Interventions include active exercises, functional stimulation and respiratory conditioning, always respecting the patients' capacity. Therefore, the importance of physiotherapy as a complementary strategy in palliative care is highlighted, contributing to more humanized and effective care, considering the physical, emotional and social needs of children and their families.

Key Words: Pediatric oncology; Pediatric dysfunctions; Oncology; Palliative care; Pediatric palliative.

Introdução

A palavra “câncer” se originou de Karkínos, expressão grega que quer dizer caranguejo. É utilizada para designar um conjunto de mais de cem doenças que apresentam como característica comum, o crescimento e desenvolvimento desordenado das células que tendem a atingir os tecidos vizinhos. Sua diferença é dada de acordo com o órgão que é afetado e o tipo de tumor que é originado. Em crianças os tumores mais frequentes são os que afetam os glóbulos brancos (leucemias), os linfomas e o Sistema Nervoso Central. O câncer é uma doença crônica, não que é constantemente associada a morte e pode acometer pessoas nas mais diferentes faixas etárias, raças ou níveis socioeconômicos, provocando alterações no corpo, no psicológico e nas relações sociais e familiares do indivíduo acometido. (Oliveira; Maranhão; Barroso, 2017).

Atualmente no Brasil o câncer é a primeira causa de morte por doença em crianças e adolescentes entre 1 à 19 anos. Tanto no Brasil quanto no mundo, o predomínio maior de câncer em crianças e adolescentes é a leucemia, afetando diretamente os glóbulos brancos e os linfomas que atacam o sistema linfático (Sosta;

Collen; Pereira, 2023). As leucemias formam um grupo de mais de 12 tipos de neoplasias malignas dos glóbulos brancos, sendo as mais comuns a leucemia linfoblástica aguda e a leucemia mieloide aguda, cuja principal característica é o acúmulo de células neoplásicas na medula óssea. Na Leucemia linfocítica aguda há uma alteração nas células que dão origem aos componentes do sangue (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas), já na Leucemia Mielocítica Aguda, também chamada de Leucemia Não Linfocítica, há o crescimento exagerado e acúmulo de células mieloblastos que deixam de funcionar como células sanguíneas normais. (Moraes, 2017; Soares *et al.*, 2017).

A classificação dos diagnósticos de câncer varia do estágio 0 (assintomático) ao estágio 4 (terminal, com deterioração progressiva contínua). A American Cancer Society classifica pacientes que têm estágios 3 e 4 em estágio avançado, entendendo-os como terminais/metastáticos e com pior prognóstico. No caso do estágio 3, o tumor já se espalhou para outros gânglios linfáticos longe da localização original do tumor e até invadiu outros tecidos próximos ao tumor. Por outro lado, no estágio 4, já houve uma metástase do tumor para outros órgãos do corpo. Esse prejuízo e desgaste na saúde e nas qualidades físicas dos pacientes com câncer se manifestam como aumento da fadiga, atrofia muscular, perda de condição física, parestesia, fraqueza e deterioração da qualidade de vida, entre outros. Todos esses efeitos negativos deterioram a qualidade de vida dos pacientes, ainda mais naqueles que estão em um estágio avançado (Rodríguez *et al.*, 2022).

Diversos fatores combinados determinam se o prognóstico de uma criança com câncer será bom ou ruim, tais como: tipo de câncer, sua classificação (benigno ou maligno) e o estágio em que ele se encontra, sendo que esses fatores são determinados pela precocidade do diagnóstico, assim observa-se a importância de uma descoberta precoce para um melhor prognóstico para criança com câncer, mas a morte é um aspecto bastante presente e não há como escondê-la, sendo necessário aos profissionais mais que o aparato tecnológico, é preciso sensibilidade e empatia pelo sofrimento do outro, além de abertura para o diálogo e respeito à dignidade e a liberdade humana (Sosta; Collen; Pereira, 2023).

A oncologia pediátrica é uma área médica que exige dos profissionais uma qualificação e um comprometimento com o cuidado integral à criança e seus cuidadores. Requer da equipe de cuidados além de preparo técnico e terapêuticas

específicas, empatia, ética profissional, disponibilidade para ouvir e sensibilidade para perceber as necessidades dos pacientes e acompanhantes. Envolve a combinação de conhecimentos técnicos, científicos e estratégias de humanização no cuidado, de forma que estes possibilitem uma escuta qualificada voltada para o sofrimento gerado pelo diagnóstico e implicações na rotina dos envolvidos (Oliveira; Maranhão; Barroso, 2017).

Cuidados paliativos pediátricos foram definidas em 1998, como a assistência prestada ao paciente com doença crônica e/ou ameaçadora da vida (Sosta; Collen; Pereira, 2023). Um assunto frequentemente discutido em cuidados paliativos e que necessita de atenção do profissional da saúde é a bioética, na qual fazem parte o tema sobre a ortotanásia. Derivada do grego *orthos*, que significa "correto", e *thanatos*, que significa "morte", ou seja, morte no momento apropriado com o devido respeito aos limites da vida. A ortotanásia também pode ser considerada morte natural, favorecendo a aceitação da circunstância humana perante a morte, sem abreviar nem prolongar o sofrimento, apenas proporcionando, na medida do possível, qualidade de vida e alívio do sofrimento de modo geral. Essa conduta permite ao paciente sem possibilidade de cura entender a finitude humana e morrer em paz, uma vez que garante dignidade no processo da morte. Nessa perspectiva, é destacado quando em assistência a indivíduo em condições clínicas irreversíveis ou terminais, a equipe médica deve evitar procedimentos desnecessários e medidas terapêuticas fúteis, devendo pôr em prática todos os cuidados paliativos necessários e respeitar a vontade do paciente ou, na impossibilidade de este expressar sua preferência, as decisões dos familiares, cumprindo assim, o princípio ético mais importante da medicina - a não maleficência (Santana, 2017).

Essa população está aumentando constantemente, com muitos anos de vida pela frente, intensificando a atenção e as preocupações sobre o risco de efeitos tardios induzidos pelas exposições ao tratamento do câncer e atraiu grande interesse em relação à pesquisa de sobrevivência. Apresentam riscos de várias condições somáticas e de saúde mental atribuíveis ao câncer e seu tratamento, bem como consequências sociais e socioeconômicas adversas e diminuição do bem-estar psicológico e da qualidade de vida (Erdmann *et al.*, 2021).

A criança diagnosticada com câncer está sujeita a perder o ânimo e a vontade de brincar livremente observando os aspectos do tratamento, principalmente aquelas que passaram por procedimentos cirúrgicos. Diante disso, o tratamento deve incluir o lúdico, como forma atenuante nesse processo de hospitalização, proporcionando um ambiente menos traumatizante e mais humanizado, o que possibilita e favorece a sociabilidade, interação e dinamismo mesmo com a restrição do espaço físico e de todas as limitações provenientes da enfermidade. O cuidado paliativo com a criança no tratamento do câncer exige do fisioterapeuta uma atenção difusa e parâmetros metodológicos específicos no uso de recursos didáticos apropriados em ambientes hospitalares, onde as demandas embora tenham o mesmo diagnóstico, são variadas sabendo que cada criança reage de modo diferente a doença, e evidentemente ao tratamento (Sosta; Collen; Pereira, 2023).

A participação em programas de reabilitação funcional de pacientes com câncer em estágio avançado tem um impacto positivo na saúde. Fornecer esses programas serve como terapia adjuvante, facilitando o cuidado abrangente dos pacientes. Da mesma forma, programas de treinamento aeróbico, de força ou misto aumentam a massa muscular dos pacientes e, portanto, reduzem a hipotonia, o principal efeito colateral durante os estágios avançados do câncer (Rodríguez *et al.*, 2022).

A fisioterapia na oncologia pediátrica, em cuidados paliativos, vem se tornando relevante dentro da equipe multidisciplinar, sendo de grande importância buscar evidências que demonstrem como o fisioterapeuta pode promover melhor qualidade de vida nas crianças oncológicas. Desta forma, o objetivo do presente estudo é descrever a atuação da fisioterapia dentro das equipes multidisciplinares no cuidado paliativo pediátrico, mostrando como seus métodos de tratamentos podem auxiliar para melhor qualidade de vida.

Metodologia

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa. Para a busca dos artigos foram utilizados os portais do PUBMED, SCIELO e BIREME. Os descritores foram designados pela plataforma DeCS (BIREME) e utilizados *pediatric oncology*, *pediatric dysfunctions*, *oncology*, *palliative care*, *pediatric palliative*, *oncologia*

pediátrica, disfunções pediátricas, oncologia, cuidados paliativos e paliativo pediátrico, combinados com “and” ou “e”. Para seleção de artigos foi ajustado filtro de 2014 a 2024, ou seja, os últimos 10 anos.

Resultados e discussões

Os cuidados paliativos têm se consolidado como uma abordagem terapêutica interdisciplinar essencial em todo o mundo. Esse modelo foca em cuidados completos, ativos, integrados e preventivos para pacientes e familiares que enfrentam doenças graves. O principal objetivo é identificar precocemente e tratar de forma adequada a dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais que possam surgir ao longo do processo de adoecimento (Melo, 2023). Os profissionais da reabilitação são importantes membros envolvidos nesse processo, ou seja, tanto os cuidados paliativos quanto a reabilitação, compartilhando de características essenciais para auxiliar na abordagem dos sintomas que se concentram na função e no conforto, dentro de uma estrutura integral (Parola *et al.*, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil a incidência do câncer infantojuvenil estimada para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 7.930 casos, com maior taxa no sexo masculino (Cruz, 2023). O câncer no público infantojuvenil apresenta-se, geralmente, com sintomas inespecíficos, o que acarreta o retardo do diagnóstico e o início tardio do tratamento. Desse modo, os serviços de saúde precisam ser qualificados com estratégias que contemplem ações de vigilância e prevenção dessa patologia baseadas em diretrizes e evidências científicas (Zanatta, 2021).

O impacto do desconhecimento das políticas para continuidade a assistência ao paciente com câncer pode comprometer a qualidade do tratamento. A constatação segue sendo uma problemática que abrange bem mais que a assistência ao paciente com câncer, podendo existir um descolamento entre a produção das políticas públicas e a sua forma de execução, em geral, resulta no processo distanciamento entre os técnicos que elaboram o texto da política e o profissional a que se incumbe do cuidado estruturado. Com isso a bioética passa a contribuir para essa reflexão de adequação das ações em cuidados paliativos, pois é fundamental se compreender os aspectos

envolvidos em cada situação, tanto práticos, técnicos, quanto afetivos ao paciente (Santos *et al.*, 2024; Astarita, Goldin, 2023).

Cerca de 80% das crianças e adolescentes viverão anos além do diagnóstico do câncer infantojuvenil. A experiência da sobrevivência abrange uma série de trajetórias que acabam terminando com a morte do sobrevivente, mostrando que a sobrevivência é um processo contínuo durante a vida. É importante considerar que é uma experiência multifacetada, com isso os efeitos colaterais do câncer e de seu tratamento podem ocorrer antes, durante e muitos anos após o diagnóstico, tratamento e remissão. Podem ainda ser categorizadas de várias maneiras, como efeitos permanentes ou tardios, ou seja, os permanentes são sequelas crônicas que persistem após o término do tratamento e podem incluir efeitos adversos físicos sintomáticos, como dor, fadiga e neuropatia. Os efeitos tardios, dependendo das suas particularidades, podem surgir meses ou anos após o término do tratamento. Estes últimos podem ser ainda diretamente observáveis, por exemplo, a amputação de um membro, ou funcionais, como o comprometimento cognitivo (Neris; Nascimento, 2021).

Ao longo do tempo é possível se deparar com pacientes pediátricos que apresentam doenças crônicas e irreversíveis, dependentes de ventilação mecânica artificial de forma definitiva, restritos ao leito de um hospital há meses ou anos, com grande sofrimento causado por diversos procedimentos invasivos, geralmente acompanhados pela mãe que delega o cuidado dos filhos saudáveis a outros parentes, abandonando os afazeres do lar, desfazendo relacionamentos e saindo do mercado de trabalho, o que causa graves impactos sociais e financeiros (Fonseca *et al.*, 2020).

O *institute of medicine and national research council* define que os cuidados de sobrevivência devem incluir os componentes: a) prevenção, rastreamento e intervenções para recorrência, efeitos a longo prazo e tardios; detecção precoce de novos cânceres; b) avaliação, apoio, gestão e fornecimento de informações relacionadas às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais; c) monitoramento, informação e promoção de comportamentos de vida saudáveis e prevenção de doenças; d) coordenação de cuidados entre os provedores para comunicar as necessidades gerais de saúde (Neris; Nascimento, 2021).

Alterações físicas ocorrerem durante todo o desenvolvimento, desde a infância até a idade adulta, sendo influenciadas por agentes que podem inibir o crescimento e a diferenciação dos tecidos, assim como a radiação e certos tipos de drogas. Além da fadiga, dor, neuropatia e comprometimento cognitivo, crianças e adolescentes podem apresentar outros efeitos físicos, como a infertilidade, toxicidade cardíaca, insuficiência renal, déficit de audição, disfunções endócrinas e desenvolvimento de neoplasia secundária. Os dois efeitos físicos tardios associados ao maior risco de mortalidade prematura em sobreviventes ao câncer infantojuvenil são a toxicidade cardíaca devido a exposição à quimioterapia e a neoplasia secundária (Neris; Nascimento, 2021).

Devido a neurotoxicidade que interrompe a proliferação celular não seletiva, pode apresentar alteração na percepção sensorial tátil, ocasionando prejuízos aos indivíduos que a vivenciam, como aumento da incidência de quedas, sensação de formigamento, dormência, dor e parestesia em mãos e pés, hipoestesia, estresse e prejuízo à funcionalidade de membros, tendo potencial para limitar a execução de Atividades de Vida Diária (Cardoso; Araujo; Chianca, 2017).

A fisioterapia oncológica surge dentro desse contexto da necessidade de cuidado humanizado e integral, com o objetivo de reabilitar e restaurar a integridade cinético-funcional do indivíduo. A especialidade foi regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) em 2009, que reconheceu a atuação do fisioterapeuta com especialização em fisioterapia oncológica em todos níveis de atenção à saúde, com ênfase nas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente com câncer. Dessa maneira, o fisioterapeuta especialista em fisioterapia oncológica apresenta-se como um profissional apto para oferecer uma assistência que corresponda às demandas específicas dos indivíduos com disfunções decorrentes da doença oncológica (Cruz, 2023).

A escolha das condutas fisioterapêuticas deve ser baseada em uma análise cuidadosa e individualizada, considerando o potencial e as limitações de cada paciente, principalmente nos casos de câncer avançado em cuidados paliativos. Esses indivíduos frequentemente relutam em realizar atividades físicas, citando razões como aptidão física reduzida, diminuição da capacidade funcional e fadiga intensa. Outro ponto importante, que está comumente associado, é a síndrome de anorexia-caquexia, caracterizada por perda progressiva de massa corporal e

anorexia, tornando os movimentos ainda mais exaustivos. Dessa forma, o plano terapêutico deve incluir abordagens que minimizem o gasto energético dos pacientes, combinadas com métodos que promovam uma participação ativa, de acordo com suas condições e limitações, oferecendo o alívio dos sintomas, melhorando a qualidade de vida e respeitando as capacidades individuais (Pyszora *et al.*, 2017).

O principal objetivo da fisioterapia nesta população é melhorar a qualidade de vida por meio do alívio dos sintomas, permitindo que os pacientes tenham funcionalidade, evitando assim a inatividade e o descondicionamento desse paciente promovendo a independência nas atividades de autocuidado (Pyszora *et al.*, 2017).

A reabilitação paliativa aumenta a probabilidade de o paciente voltar para casa com a maior independência funcional possível e oferece um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver da forma mais criativa e ativa possível até a morte. Infelizmente, nem todas as unidades de cuidados paliativos adotam uma abordagem de reabilitação para o atendimento ao paciente (Parola *et al.*, 2020).

Para que ocorra um programa de reabilitação, deve-se observar as alterações funcionais, que podem ocorrer diminuição na amplitude de movimentos ativo e passivo, força muscular e limitação da mobilidade funcional. Muitos pacientes de cuidados paliativos são restritos no desempenho de acordo com sua capacidade funcional, no entanto, só é possível alcançar o potencial máximo do paciente na presença de controle sintomático e quando fornecido com o incentivo adequado (Parola *et al.*, 2020).

A reabilitação pode melhorar a qualidade de vida, amenizando a função, a mobilidade, as atividades da vida diária, o alívio da dor, a resistência e a psique de um paciente, ajudando a manter o máximo de independência possível. As terapias incluem, entre outros, exercícios ativos (resistidos e não resistidos), exercícios de equilíbrio, estimulação funcional, trocas posturais, ortostatismo, deambulação, ganho de força e resistência muscular, condicionamento respiratório, treinamento ergométrico e relaxamento (Pyszora *et al.*, 2017).

Na prática fisioterapêutica as técnicas de relaxamento, como o relaxamento induzido, o yoga, as técnicas de terapias manuais, a atividade física, estão sendo incluídas nos Cuidados Paliativos, tendo resultados positivos quando feito em conjunto, com o psicólogo, psiquiatra e o educador físico (Costa *et al.*, 2019).

O alívio da dor tem um papel especial em cuidados paliativos, pois quando não controlada, pode gerar a incapacidade nos indivíduos, independente da doença, podendo criar um estado adaptativo de prostração, inquietude, desgaste físico e mental. Os pacientes mais vulneráveis como os neonatos, estão sujeitos a enfrentar diversos procedimentos potencialmente dolorosos, que podem comprometer o seu desenvolvimento neuropsicomotor e sua recuperação clínica, ocorrendo, ainda, o subtratamento da dor, seja ela intensa, moderada ou leve (Costa *et al.*, 2019). A dor oncológica é classificada em dois grupos principais: dor primária, como a cefaleia, que é uma queixa isolada, ou dor secundária, associada a doenças subjacentes (Schneider, 2024).

Na presença de dor é comum os pacientes reduzirem a movimentação e a atividade física, trazendo comprometimento do condicionamento físico e da força muscular, que associados a sintomas como fadiga e dispneia levam a uma diminuição das atividades de vida diária e dependência de um cuidador, levando a perda de sua identidade, autonomia e autoestima (Dantas *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2019; Molina Filho *et al.*, 2023)

O tratamento farmacológico da dor desses pacientes é desafiador, pois, além de sua complexidade, pode causar efeitos adversos que comprometem ainda mais a qualidade de vida. A prática terapêutica focada na respiração ajuda a direcionar a atenção do paciente para as sensações corporais, como os movimentos de inspiração e expiração, modificando a atenção do paciente à dor. Tornando-se mais suportável, reduzindo a atividade em áreas do cérebro relacionadas à dor, como o córtex cerebral, enquanto melhora o processamento de sinais dolorosos. Esse efeito demonstra como estímulos neurais podem amplificar ou atenuar a percepção da dor, evidenciando a interação entre aspectos sensoriais e emocionais (Schneider, 2024).

A dispneia, ou desconforto respiratório, é definida como uma sensação subjetiva de falta de ar, podendo evoluir com hipoxemia e necessidade de oxigenoterapia suplementar ou ventilação mecânica não invasiva, em casos mais graves, pode limitar o paciente em suas atividades de vida diária, como higiene pessoal, alimentação, subir escadas, caminhar e entre outras tarefas. As intervenções fisioterapêuticas desempenham um papel importante no manejo da dispneia e incluem técnicas como o posicionamento adequado no leito, exercícios respiratórios, CPAP ou BIPAP, manobras de reexpansão pulmonar e desobstrução brônquica em casos de secreção acumulada (Costa *et al.*, 2019).

Embora seja comum oferecer medidas de suporte de vida, existem situações em que não iniciar ou suspender medidas de suporte seja eticamente adequado ou mesmo recomendável. Em crianças paliativas, se mantido os tratamentos invasivos pode não acabar sendo benéfico e se tornar em danos, uma vez que está associado a efeitos colaterais e intenso sofrimento tanto para a criança quanto para a família (Fonseca *et al.*, 2020; Parola *et al.*, 2020).

A decisão quanto à manutenção e/ou retirada de medidas de suporte deve se basear no princípio ético do melhor interesse da criança que, embora essa decisão possa em algumas situações parecer altamente subjetiva e de difícil definição, deve ser o foco dos profissionais de saúde ao se definirem os objetivos de cuidado. O processo de retirada e/ou não introdução de tratamento médico de suporte de vida pressupõe uma decisão compartilhada a partir da comunicação respeitosa e sincera entre os membros da equipe, o paciente e a família. Uma das decisões mais difíceis para médicos e pais, porém a mais comum quando se trata de retirada de medidas de suporte artificial de vida, é a suspensão do suporte ventilatório, a desconexão da ventilação ou retirada do tubo endotraqueal foi feita após a redução progressiva dos parâmetros ventilatórios, a desconexão da ventilação ou a retirada do tubo endotraqueal normalmente ocorre após uma redução gradual dos parâmetros ventilatórios, trazendo como sintomas de obstrução respiratória alta e gasping as mais prevalentes e exigindo uma dedicação maior da equipe de cuidados paliativos quanto ao controle de sintomas, com isso o estresse da equipe tende a ser menor quando a desconexão é precedida pelo desmame progressivo da ventilação mecânica (Fonseca *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2019).

Nas crianças, é identificado que os fatores associados à redução do tempo de sobrevivência após a retirada das medidas de suporte ventilatório foram: idade menor ou igual a um mês, ausência de respiração espontânea, necessidade de elevados parâmetros de suporte ventilatório, uso de altas doses de drogas vasoativas e/ou inotrópicas, uso de circulação extracorpórea, o tempo médio entre a retirada do suporte de vida e o óbito foi de 17 e 25 minutos, respectivamente, com isso a retirada do suporte ventilatório pode permitir a morte em poucos minutos, em alguns casos o paciente pode sobreviver por dias, semanas ou meses já que não é a retirada da ventilação mecânica que causa a morte, mas sim a própria doença, devido a isso explicar para os pais é fundamental para que eles se preparem para todos os desfechos possíveis, além de confortá-los, diminuir a culpa da responsabilidade de ter

autorizado a morte de seu ente querido. A família deve ser incentivada a compartilhar todo o tempo possível com a criança, carregá-la, participar do banho e dos cuidados e ter assegurado que todos os sintomas serão adequadamente controlados pela equipe (Fonseca *et al.*, 2020).

A inclusão da família no processo de cuidar das crianças é ilegível para os cuidados paliativos, mostra que os profissionais devem voltar seu olhar não exclusivamente para o neonato ou crianças, mas também para seu familiar que enfrenta um momento de inúmeras dúvidas, incertezas e conflitos diante de um contexto desconhecido. A comunicação é uma ferramenta terapêutica importante, mas desafiadora para os profissionais, sendo um dos principais obstáculos está relacionado à dificuldade dos médicos em falar de forma direta e clara sobre condutas de limitação terapêutica e de fim de vida, por receio de destruir as esperanças da família, diante a isso ainda é de suma importância ser compartilhada com a família para a promoção do cuidado integral e humanizado, assim como para estabelecer relações interpessoais, pois, por meio da escuta e olhar atento, o enfermeiro tem como objetivo diminuir a ansiedade e o medo da doença e do futuro que os aguarda, sendo confirmado que beneficia o processo de tomada de decisão e é primordial para um cuidado adequado do paciente (Dantas *et al.*, 2024; Astarita; Goldin, 2023).

A identificação do processo ativo de morte é de suma importância, onde há sinais e sintomas físicos, assim como a necessidade manifesta pelo binômio em acertar pendências que envolvem as dimensões sociais, psicológicas e espirituais. Esse planejamento consiste em uma comunicação efetiva entre a equipe, paciente e família (Queiroz *et al.*, 2024).

Considerações Finais

A fisioterapia na oncologia pediátrica faz parte da equipe multidisciplinar, sendo crucial para melhorar a qualidade de vida dessas crianças, ajudando a prevenir complicações, como a síndrome de anorexia caquexia e o descondicionamento físico, que são mais comuns em casos avançados.

As intervenções se incluem em exercícios ativos, estimulação funcional, condicionamento respiratório, relaxamento, controle da dor, manutenção da autonomia e limitações físicas, sempre respeitando a capacidade dos pacientes.

Sendo um elemento essencial para promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, considerando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

Referências

ASTARITA, J. G. A.; GOLDIM, J. R. Compreensão e comunicação de cuidados paliativos em neonatologia: abordagem bioética. **Revista Bioética.**, v. 31, [s.n.], p. 1-10, 2023. Acesso em: 6 set 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VzXMDLp5nHS79K9DLrycrHv/?lang=pt>

CARDOSO, A. C. L. R; ARAÚJO, D. D; CHIANCA, T. C. M. Risk prediction and impaired tactile sensory perception among cancer patients during chemotherapy 1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, [s.n.], p. 1-8, 2017. Acesso em: 4 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1979.2957>

COSTA, M. A. C. *et al.* **Manual do estagiário de fisioterapia: um guia para prática em reabilitação.** Caratinga: FUNEC Editora, 2019, 754p. Acesso em: 23 ago 2024. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/642254999/Manual-do-estagiario-de-Fisioterapia>

CRUZ, V. T, DANTAS, D. S. Mapeamento de Programas de Residência Multiprofissional em Oncologia para Fisioterapeutas no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.** v. 69, n. 2, p.1-9, 2023. Acessado em: 28 nov 2024, Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/wbvq7>

DANTAS, C. M. L. *et al.* Cuidados paliativos em neonatologia sob a ótica do enfermeiro. **Escola Anna Nery.**, v. 28, [s.n.], p. 1-7, 2024. Acesso em: 6 set 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zng47rM3jGsgmyHbt4YQdgy/?lang=pt>

ERDMANN F. *et al.* Câncer infantil: sobrevivência, modalidades de tratamento, efeitos tardios e melhorias ao longo do tempo. **Epidemia de Câncer.** v. 71, n. 2021, p. 1-20, 2020. Acesso em: 17 abr 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101733>

FONSECA, C. DE A. *et al.* Palliative extubation: five-year experience in a pediatric hospital. **Jornal de Pediatria.**, v. 96, n. 5, p. 652–659, set. 2020. Acesso em: 6 set 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/vjxvZVC38fKqjgLnJXvrzMq/?format=pdf&lang=pt>

MELO, C. DE F.; GOMES, A. M. L. Dor Total em Pacientes Oncológicos: Uma Revisão de Literatura. **Psicologia em Estudo.** v. 28, [s.n.], p. 1-16, 2023. Acessado em: 28 nov 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.53629>>.

MORAES, E. S. *et al.* Análise de indivíduos com leucemia: limitações do sistema de vigilância de câncer. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 22, n. 10, p. 1-12, 2017. Acesso em: 17 abr 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18292017>.

MOLINA FILHO, E. T. *et al.* Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Bioética.**, v. 31, [s.n.], p. 1-12, 2023. Acesso em: 6 set 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DKxhR6JzXtqgp8pD3nYLpVp/?lang=pt>

NERIS, R. R; NASCIMENTO, L. C. Sobrevivência ao câncer infantojuvenil: reflexões emergentes à enfermagem em oncologia pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, [s.n.], p. 1-8, 2021. Acesso em: 4 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020041803761>.

OLIVEIRA, T. C. B; MARANHÃO, T. L. G; BARROSO, M. L; Equipe multiprofissional de cuidados paliativos da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia.**, v. 11, n. 35, p. 1-39, 2017. Acesso em: 10 abr 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i35.754>

PAROLA, V. *et al.* Intervenções de reabilitação paliativa em cuidados paliativos: um protocolo de revisão de escopo. **Síntese de Evidências JBI.** v. 18, n. 11, p. 1-8, 2020. Acesso em: 9 ago 2024. Disponível em: [doi: 10.11124/JBIES-20-00024](https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00024)

PYSZORA, A. *et al.* O programa de fisioterapia reduz a fadiga em pacientes com câncer avançado que recebem cuidados paliativos: ensaio controlado randomizado. **Suporte ao Cuidado do Câncer.**, v. 25, n. 2017, p. 2899–2908, 2017. Acessado em: 9 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>

QUEIROZ, L. M. P. *et al.* Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.**, v. 27, [s.n.], p. 1-11, 2024. Acesso em: 6 set 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KsDVHqsGVc67bnJhq6RpfyP/?lang=pt>

RODRÍGUEZ, C. S; COBO, C. A. I; CARMONA, T. J. M; *et al.* Impacto do exercício físico em pacientes com câncer em estágio avançado: revisão sistemática e meta-análise. **Câncer Med.**, v. 11, n.19, p. 3714-3727, 2022. Acessado em: 13 mar. 2024. Disponível em: [doi:10.1002/cam4.4746](https://doi.org/10.1002/cam4.4746)

SANTANA, J. C. B. *et al.* Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. **Revista Bioética.**, v. 25, n. 1, p. 158-67, 2017. Acesso em: 17 abr 2024. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251177>.

SANTOS, M. G. *et al.* O Cuidado ao paciente com câncer sob a ótica de enfermeiros da atenção primariamente à saúde. **Cogitare Enfermagem.**, v. 29, [s.n.], p. 1-12,

2024. Acesso em: 6 set. 2024. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/vhtnj6GLStNsbHXCpJypKN/?lang=pt>

SCHNEIDER, J.M, *et al.* How the practice of Mindfulness influences the treatment of patients with chronic non-cancer pain associated or not with other therapies: systematic review. **BrJP**. v. 7, [s.n.], p. 1-19, 2024. Acessado em: 28 nov 2024. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/2595-0118.20240019-pt>.

SOARES, M. R, *et. al.* Mortality trend and analysis of potential year's of life lost due to leukemia and lymphoma in Brazil and Mato Grosso. **Revista Brasileira.**, v. 25. n. 1, p. 1-14, 2017. Acesso em: 17 abr. 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1980-54972220008.supl.1>

SOSTA, J. S; COLEN, L. S; PEREIRA, R. G; Atuação da fisioterapia oncológica pediátrica através de cuidados paliativos. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro.**, v. 2, n. 1, p. 2-15, 2023. Acesso em: 15 mar. 2024. Disponível em:
<https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/777>

ZANATTA, E. A. et al.. Children and adolescents with cancer: vulnerabilities and implications on the right to health. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, [s.n.], p. 1-8, 2021. Acesso em: 4 out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200144>