

MESTRADO
CUIDADOS PALIATIVOS

A Terapia Ocupacional nos Cuidados Paliativos Oncológicos- Revisão Integrativa da Literatura

Flávia Tatiana Pinto Botelho

M

2019

ORIENTADORA: Lílana da Conceição Teixeira



A Terapia Ocupacional nos Cuidados Paliativos Oncológicos- Revisão Integrativa da Literatura

Flávia Tatiana Pinto Botelho

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
sob a orientação da Professora Liliana Teixeira

Porto, 2019

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à minha orientadora pela paciência, persistência e tempo que dispôs em guiar esta tese e por me ter acompanhado.

Em segundo lugar, à minha mãe, por todo o apoio, carinho, acompanhamento, e por todas as palavras de incentivo, força e ânimo.

Em terceiro lugar, os meus agradecimentos vão para as minhas colegas de trabalho pelo apoio nos tempos mais difíceis.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que de uma forma ou outra me motivaram e encorajaram durante este percurso acadêmico.

A todos, um grande e sincero obrigada!

Resumo

O aumento das doenças crónicas e progressivas, como o cancro, tem tido um impacto crescente na organização do sistema de saúde e nos recursos especificamente destinados a utentes crónicos. Neste contexto, os serviços de cuidados paliativos (CP), são uma necessidade amplamente reconhecida.

Os CP têm como objetivo principal a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa, numa abordagem global e holística do sofrimento, considerando a dimensão física, mas também as dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos utentes oncológicos. Neste sentido, a Terapia Ocupacional (TO) apresenta um papel fundamental no tratamento paliativo oncológico, já que promove a manutenção da funcionalidade, a educação e a orientação da pessoa e dos seus cuidadores, trabalhando para a manutenção da autonomia e identidade ocupacional, tendo em conta a sua nova realidade associada à doença. Com este trabalho pretende-se dar resposta às seguintes questões de investigação: “Quais as principais intervenções da TO junto de utentes oncológicos em CP?” e “Quais os benefícios da TO para a qualidade de vida dos utentes oncológicos em CP?”. Para tal foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura onde, após uma pesquisa em várias bases de dados científicas, foram selecionados 12 artigos, tendo-se realizado a sua análise, de forma a recolher as respostas às questões previamente colocadas.

Os resultados revelaram que as principais intervenções da TO em CP oncológicos focam-se na manutenção das condições físicas e emocionais, no desempenho de tarefas significativas, nas adaptações necessárias para a manutenção das funções físicas, cognitivas e sensoriais, bem como do conforto físico, controlo da dor, fadiga e outros sintomas. Relativamente aos benefícios da TO para os utentes oncológicos em CP, todos os estudos referem a capacidade de gestão da doença, devolvendo a autonomia e a identidade aos utentes oncológicos em cuidados paliativos. Estes resultados revelam a importância da TO se tornar uma realidade cimentada neste contexto, inserindo-se dentro de uma equipa multidisciplinar, centrada no utente.

Palavras-chave: Cancro, Cuidados Paliativos, Terapia Ocupacional, Doentes Oncológicos, Desempenho Ocupacional, Qualidade de Vida

Abstract

Increasing chronic and progressive diseases, such as cancer, have had an increasing impact on the organization of the health system and the resources specifically allocated to chronic users. In this context, palliative care (PC) services are a widely recognized need.

PC's main objective is to promote the well-being and quality of life of patients, in a holistic and global approach to suffering, considering the physical dimension, but also the psychological, social and spiritual dimensions of cancer patients. In this sense, Occupational Therapy (OT) plays a key role in palliative cancer treatment, as it promotes the maintenance of functionality, education and guidance of patients and their caregivers, working to maintain their autonomy and identity. considering their new reality associated with the disease. With this work it was intended, then, to answer the following research questions: what are the main interventions of OT with cancer patients in PC? and what are the benefits of OT for the quality of life of cancer patients in PC? For this, an Integrative Literature Review was carried out where, after a search in several scientific databases, 12 articles were selected, and their subsequent analysis was performed in order to collect the answers to the questions previously posed.

The results revealed that the main OT interventions in cancer PC provide means for users to maintain their physical and emotional conditions in performing significant tasks, make necessary adaptations to maintain physical, cognitive and sensory functions, as well as physical comfort, control of pain, fatigue and other symptoms. Regarding the benefits of OT for cancer patients in PC, all studies refer to the disease management capacity, returning the autonomy and identity to cancer patients in palliative care. These results reveal the importance of OT being a cemented reality in this context, working within a multidisciplinary patient support team.

Key words: Cancer, Palliative Care, Occupational Therapy, Cancer Patients, Occupational Performance, Quality of Life.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
LISTA DE ABREVIATURAS	7
ÍNDICE DE QUADROS.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
INTRODUÇÃO	10
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1. A DOENÇA ONCOLÓGICA	12
2. CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
2.1. CUIDADOS PALIATIVOS NA DOENÇA ONCOLÓGICA	16
3. A TERAPIA OCUPACIONAL.....	18
3.1. A TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS	19
3.1.1. A TERAPIA OCUPACIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS	21
METODOLOGIA	23
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DE PESQUISA.....	23
1.2 ESTABELECIMENTO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	24
1.3. IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS PRÉ-SELECIONADOS E SELECIONADOS...26	
1.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS	27
1.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	28
1.6 SÍNTESE DO CONHECIMENTO.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

Lista de abreviaturas

CP – Cuidados Paliativos

TO – Terapia Ocupacional

OMS –Organização Mundial de Saúde

RI – Revisão Integrativa

PBE –Prática Baseada na Evidência

Índice de quadros

Quadro 1: Combinações dos descritores por base de dados	24
Quadro 2: Critérios de inclusão e critérios de exclusão	25
Quadro 3: Caracterização dos artigos incluídos na revisão	27
Quadro 4: Distribuição dos artigos por unidade de análise	29
Quadro 5: Tabela de extração de resultados dos artigos da unidade de análise I.....	30
Quadro 6: Tabela de extração de resultados dos artigos da unidade de análise II.....	33

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama da Revisão Integrativa da Literatura.....	26
---	----

INTRODUÇÃO

Com a melhoria das condições de vida e também com os avanços científicos e tecnológicos, que se traduzem em melhores cuidados de saúde, a esperança média de vida tem vindo a aumentar (Lichtenberg, 2017). O cancro, considerada uma das doenças do século, afeta, provavelmente a vida da maior parte dos indivíduos, quer de forma direta ou indireta. Apesar dos avanços científicos, o sofrimento e a morte continuam a ser circunstâncias associadas à doença oncológica, sendo por isso essencial a realização de ações que fomentem o conforto e a qualidade de vida, permitindo assim à pessoa doente encontrar estratégias para lidar com estes dois desígnios o mais eficazmente possível (Pinto, Caldeira e Martins, 2012). Nos últimos anos, tem se verificado um esforço cada vez maior em oferecer cuidados específicos às pessoas que não necessitam de cuidados numa ótica de cura, mas sim paliativa, de forma a minimizar o seu sofrimento físico e psicológico (Neto, 2010).

Os cuidados paliativos (CP) têm como objetivo maximizar a qualidade de vida das pessoas através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (García-Baquero Merino, 2018).

A Terapia Ocupacional (TO) é uma profissão da área da saúde que atua, tradicionalmente, na área da reabilitação, fazendo uso da ação humana através da promoção das atividades do dia a dia (Moreira, 2008). A perspetiva única da TO na promoção da participação em atividades significativas da vida, complementa o propósito dos CP, uma vez que a abordagem holística e centrada no cliente promove um sentimento de independência de auto-eficácia relativamente ao meio em que os indivíduos se encontram, ajudando-os a conviver com sintomas que podem ser altamente debilitantes (Othero, 2010). Para percebermos a eficácia do papel da TO nos cuidados paliativos oncológicos, foi realizada uma revisão integrativa. Duas questões específicas foram elaboradas: Quais as principais intervenções da TO junto de doentes oncológicos em CP?; Quais os benefícios da TO para a qualidade de vida dos doentes oncológicos em CP?.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes. O enquadramento teórico, onde são abordados os conceitos principais relacionados com a temática, como os cuidados paliativos em oncologia e a terapia ocupacional. A metodologia da revisão integrativa

efetuada, onde foram seguidas as etapas propostas por Botelho, Cunha e Macedo (2011) e por fim as considerações finais.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Doença Oncológica

As doenças oncológicas, conhecidas no léxico geral como cancro, diz respeito a um grupo de doenças que partilham alterações na regulação da multiplicação celular (Hanahan & Weinberg, 2011). Esta doença afeta, provavelmente, a vida da maior parte dos indivíduos, quer de forma direta ou indireta, uma vez que uma pessoa pode ter cancro ou pode ser familiar de alguém com cancro, vivendo a doença junto do seu familiar doente.

O termo cancro, é normalmente usado para denominar todos os tipos de tumores malignos, e afeta os seres humanos desde os tempos pré-históricos (Afonso, 2011). Este grupo de doenças, na sua maioria, faz parte do processo de envelhecimento, uma vez que são necessários anos para a acumulação de mutações (Afonso, 2011).

Do ponto de vista biológico, e de acordo com Hanahan & Weinberg (2011), as células malignas que se desenvolvem adquirem um fenótipo que envolve autossuficiência no que toca a fatores que influenciam o crescimento células, insensibilidade no que toca a receber sinais que inibem o crescimento, imune à apoptose celular, angiogénese, replicação ilimitada e capacidade de invasão e metastização.

São várias as causas que provocam o aparecimento do cancro. Hoje sabe-se que existe uma relação direta entre a genética do indivíduo e o aparecimento do cancro, sendo que os genes são a unidade básica da hereditariedade, sendo o veículo por onde a informação passa de pais para filhos. Porém, os genes podem sofrer mutações devido a uma variedade de razões. As mutações genéticas são também, muitas vezes, provocadas por fatores exteriores ao corpo humano, associados muitas vezes a vírus, estilos de vida e ao ambiente onde a pessoa se encontra inserida, bem como a exposição prolongada a agentes nocivos e tóxicos designados de agentes carcinogénicos. A estes fatores exteriores dá-se o nome de fatores de risco que se definem como sendo algo ou alguma situação que aumenta a probabilidade de um indivíduo vir a desenvolver determinada doença (Martincorena & Campbell, 2015).

Os estilos de vida pouco saudáveis são também vistos como um grande fator de risco para que ocorra o desenvolvimento de cancro. Estudos indicam que, mesmo que um indivíduo tenha uma predisposição maior para o aparecimento desta doença, existe uma grande probabilidade que esta nunca se manifeste se este levar uma vida equilibrada e saudável (Yang & Colditz, 2014). Dentro dos fatores de risco associados aos estilos de vida destacam-se a alimentação, o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo (Pacheco et al, 2014; Yang & Colditz, 2014; Ratna & Mandrekar, 2017).

No que concerne a sinais e sintomas, estes muitas vezes são impercetíveis num estadio inicial da doença, só se manifestando num estadio avançado de evolução. Este fato realça a importância do conhecimento por parte de cada um do próprio corpo, de modo a reconhecer pequenas modificações e alterações corporais que podem ser sinónimo de cancro. Alguns dos sinais iniciais, tais como, hemorragia ou corrimento anormal pelos orifícios naturais; nódulos ou rigidez persistente na mama ou em outra parte do corpo; rouquidão ou tosse persistente, podem não interferir como funcionamento normal do dia a dia e, conseqüentemente, não levam as pessoas a pedir ajuda (Quaife *et al.*, 2014). Muitas pessoas, procuram ajuda em estádios já avançados, o que pode levar a uma diminuição da probabilidade de cura da doença.

Com o avanço tecnológico e científico, a sobrevivência ao cancro é cada vez mais uma realidade, aliado a um rastreio precoce, aumentando probabilidade de sobrevivência ao cancro. São vários os tipos de tratamento utilizados para o cancro, estes incluem a quimioterapia, imunoterapia, terapia hormonal, a radioterapia, entre outros. A intervenção vai depender do tipo de cancro, do estadio, da recetividade hormonal e do envolvimento dos nódulos linfáticos (Baudino, 2015). A cirurgia e a radioterapia são consideradas tratamentos locais com o objetivo de remover ou destruir as células cancerígenas existentes num determinado local do corpo. Já a quimioterapia, a terapia hormonal e a imunoterapia são tratamentos sistémicos em que se vai administrar fármacos por via de corrente sanguínea com o intuito de desacelerar ou eliminar o crescimento de células cancerígenas que possam ter disseminado além do tumor original (Baudino, 2015).

Ainda que tenha havido um progresso na tentativa de redução da incidência do cancro, este é ainda responsável por uma em cada três mortes prematuras no mundo (Nogueira, 2018).

2. Cuidados Paliativos

Com a melhoria das condições de vida e também com os avanços científicos e tecnológicos, que se traduzem em melhores cuidados de saúde, a esperança média de vida aumentou. Isto levou a um envelhecimento cada vez maior da população, especialmente nos países ocidentais. Com o aumento da longevidade, aumenta também a prevalência das doenças crónicas e progressivas. Paralelamente, com as necessidades impostas pelo mundo moderno, a família tradicional sofreu alterações, a partir do momento que as mulheres entraram no mundo de trabalho, e deixam de ter o papel tradicional de cuidadoras (Neto, 2010).

Devido a estas transformações tão profundas houve uma necessidade de reformular o sistema de saúde e os seus recursos de forma a conseguir dar resposta a esta problemática. Se, inicialmente, os sistemas de saúde estavam direcionados para a cura, hoje em dia verifica-se um esforço cada vez maior em oferecer os cuidados específicos às pessoas que não necessitam de cuidados numa ótica de cura, mas sim paliativa, de forma a minimizar o seu sofrimento físico e psicológico (Neto, 2010). De acordo com o mesmo autor, os CP vão colmatar as necessidades dos utentes e da família, quando uma terapêutica com o objetivo curativo já não faz sentido, e o que se pretende é proporcionar qualidade de vida.

Desta forma, os cuidados paliativos (CP) têm como objetivo maximizar a qualidade de vida das pessoas através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (García- Baquero Merino, 2018).

Na última década, o campo de atuação dos CP alargou e deixou de se concentrar unicamente nas pessoas com cancro e suas famílias. O tipo de pessoas e suas famílias que necessitam de apoio tornaram-se mais diversificadas, potencialmente diferentes no que toca a necessidades de apoio, informações e assistência prática (Kristjanson & Aoun, 2004). Desta forma, podemos agrupar os CP em duas amplas categorias: (1) serviços especializados de cuidados; (2) uma abordagem mais geral de cuidados oferecidos por não especialistas. São as necessidades da pessoa que vão determinar o tipo de apoio paliativo recebido, visto que o encaminhamento para uma determinada equipa paliativa é determinado, geralmente, pelo nível de angústia e sofrimento

associados aos sintomas das pessoas ou a complexidade das necessidades dos cuidados na fase final da doença (Kristjanson & Aoun, 2004).

Idealmente, os CP começam no ponto inicial do diagnóstico de uma doença grave que potencialmente irá limitar a vida da pessoa e podem ser oferecidos concomitantemente com outras terapias que tenham como objetivo a cura da doença ou o prolongamento da vida. Se a terapêutica vocacionada para a cura não resultar, os CP tornam-se o principal foco de cuidado. Apesar do foco principal ser o aumento da qualidade de vida, os CP podem também influenciar positivamente o curso da doença e até mesmo prolongar o tempo de vida se forem oferecidos desde cedo (Tem el *et al.*, 2010 *cit in.* Kasl-Godley, King & Quill, 2014).

Pode considerar-se vários níveis de diferenciação de CP; eles são a abordagem paliativa; CP generalistas; CP especializados e os centros de excelência. A abordagem paliativa integra métodos e procedimentos, tais como medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo de sintomas; os CP generalistas são cuidados de saúde primários e alguns serviços hospitalares (oncologia, medicina interna, hematologia entre outros); os CP especializados são oferecidos por equipas multidisciplinares próprias, com competências especializadas, focadas na qualidade de vida dos doentes; e por fim os centros de excelência prestam CP especializados em vários contextos (doentes internados, em ambulatório, em contexto domiciliário e consultadoria a outros serviços) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2018).

Nem todos os doentes apresentam o mesmo nível de complexidade e nem exigem a mesma intervenção. De acordo com as necessidades dos doentes e seus familiares, a equipa de CP irá dividir estes em: doentes com necessidades de complexidade baixa a intermédia (sintomas não complicados, mas que podem evoluir); doentes com necessidades de complexidade intermitente (o curso da doença é variável e de diferentes intensidades); doentes com necessidades complexas persistentes (problemas persistentes de alta intensidade) (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2018).

É essencial a existência de uma comunicação adequada a cada caso no âmbito de quais os cuidados a prestar, adquirindo essa uma importância particular quando se está perante casos terminais. O diálogo, a atenção e o acompanhamento destas pessoas são essenciais, devendo estabelecer-se uma relação de ajuda, de forma a apoiá-los na fase

final da vida e a vivê-la o mais serenamente possível, até ao momento da morte. O doente deve sentir-se acompanhado, compreendido e apoiado nesta fase da sua vida (Twycross, 2003).

A família deve estar envolvida na prestação dos cuidados, havendo muitas vezes a necessidade de que ela própria seja objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o período de luto. A família tem um papel fundamental no apoio aos doentes terminais, uma vez que é efetivamente significativa para estes, e sofre também o impacto dessa doença. Apesar disto, deve ter-se sempre em consideração que a pessoa tem sempre prioridade, pois os interesses da família podem não ser coincidentes com os do utente (Neto, 2010).

Os CP podem ocorrer em todo o processo relacionado com os cuidados de saúde: ambiente hospitalar intensivo, instalações de cuidados de longa duração, clínicas ambulatoriais de cuidados médicos, programas de cuidado domiciliário, entre outros. Os serviços de CP podem ser oferecidos na residência da pessoa, em lares de idosos e outras instalações residências ou em unidades hospitalares (Kasl-Godley, King &Quill, 2014).

2.1. Cuidados Paliativos na Doença Oncológica

Apesar dos grandes avanços ao nível da ciência e da medicina, o sofrimento e a morte continuam a ser circunstâncias associadas à doença oncológica, sendo por isso essencial a realização de ações que fomentem a o conforto, a qualidade de vida e a força interior, permitindo assim à pessoa doente encontrar estratégias para lidar com estes dois desígnios da forma mais eficaz possível (Pinto, Caldeira e Martins, 2012). Como refere Sapeta & Lopes (2007), a doença oncológica incurável e terminal, diz respeito a uma situação muito particular de saúde, associada a uma grande instabilidade, como em outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a diferença de esta reportar ao fim da vida.

Devido à grande mortalidade associada à doença oncológica, a implementação e o desenvolvimento de programas de CP que deem respostas adequadas e satisfatórias às necessidades dos doentes terminais e das suas famílias, é de uma importância imperativa (Osswald, 2013). A doença oncológica em fase terminal é caracterizada por

vários sintomas que provocam um grande sofrimento nas pessoas. Os principais são: dor, estomatite, anorexia, disfagia, úlceras peptídicas, dispneia, anemia, sistema sensorial alterado, diplopia, convulsões, entre outros (Suhag, 2005). Para além disto, os doentes oncológicos que se encontram em situação paliativa, apresentam um nível de sofrimento considerável (Capela & Apóstolo, 2012).

Nos CP associados à doença oncológica, e de resto associado a todas as doenças em fase terminal, o valor que sustenta a prática dos profissionais que integram a equipa de é a dignidade humana, intervindo-se assim no sofrimento da pessoa, procurando o seu alívio, contribuindo para a qualidade de vida do doente e para a sua morte digna (Neto, 2010).

No entanto, nos últimos anos, observou-se uma mudança de paradigma relativamente aos CP. Se, de acordo com Neto (2010), os CP eram voltados para ajudar a pessoa a manter a sua dignidade nesta fase terminal de vida; recentemente e de acordo com Ferrel *et al* (2017), as recomendações sobre a prestação de CP são as seguintes:

- Para os doentes oncológicos que apresentem uma grande carga de sintomas e de necessidades físicas ou psicossociais não satisfeitas, os programas de tratamento oncológicos devem fornecer os recursos necessários, em situação hospitalar como em ambulatório, de modo a suprimir as necessidades apresentadas e diminuir as consequências negativas derivadas dos sintomas;
- Para os doentes oncológicos com a doença num estágio precoce ou avançado que irão receber cuidados de familiares cuidados em ambiente ambulatório, os profissionais de saúde devem iniciar o suporte de CP para os cuidadores, onde se incluem sessões de treino presencial, encaminhamento médico e apoio via telefone;
- Para todos aqueles que morem em zonas rurais e longe dos principais centros hospitalares oncológicos, deve ser dado todo o suporte telefónico aos cuidadores.

Todos estes serviços de CP deverão envolver profissionais de uma ampla gama de disciplinas, incluindo medicina, enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, padres e outros guias espirituais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, farmacêuticos e outras especialidades relacionadas (Addington-Hall & Higginson, 2001).

3. A Terapia Ocupacional

A ocupação desempenha um papel de grande importância na vida do ser humano. É por via desta que ele vai explorar, interagir e transformar-se a si próprio e o mundo que o rodeia, permitindo, assim, a sua sobrevivência, sendo que a vida humana pode ser resumida a um grande conjunto de ações e de ocupações (Kielhofner, 2008).

Desta forma, define-se ocupação, como sendo todas as ações realizadas pelo indivíduo com o objetivo de cuidar de si próprio, promover o desenvolvimento da comunidade onde se encontra inserido e usufruir de uma boa vida, sendo caracterizada por um conjunto de processos multifatoriais e interrelacionados que ocorrem na interação entre este e o ambiente que o rodeia, interação esta a que se dá o nome de desempenho ocupacional (Kielhofner, 2008; Marques & Trigueiro, 2011; Polatajko & Davis, 2005).

A TO é uma profissão da área da saúde que atua, tradicionalmente, na área da reabilitação, fazendo uso da ação humana através da promoção das atividades do dia a dia (Moreira, 2008). Assim, pode afirmar-se que o principal objetivo da TO é que as pessoas que por doença, lesão ou diminuição das suas funções não consigam desempenhar em pleno as suas atividades da vida diária, tendo em conta os recursos que possuem, possam ser tão independentes quanto possível, ao realizar as suas atividades de sempre do dia a dia.

Tendo em conta a definição de ocupação e a importância que esta tem para a vida humana, pode dizer-se que a TO tem como objetivos ajudar o indivíduo para que este aprenda ou reaprenda as atividades necessárias e possíveis para que possam realizar atividades da sua vida diária; ajudar o indivíduo a adaptar-se às suas incapacidades, desenvolvendo um novo desempenho ocupacional, tendo em conta a nova realidade, promovendo, assim a sua participação na vida social; promover os sentimentos e vontade de recuperação no indivíduo promover a saúde e o bem-estar, trabalhando numa lógica preventiva de possíveis doenças/traumas.

O terapeuta ocupacional é, então, o profissional de saúde que vai ajudar a restaurar a interação entre o indivíduo e o seu contexto, tendo em conta o seu estado de saúde, tendo sempre como finalidade primordial o restauro da sua independência e autonomia

na realização das suas atividades diárias (Söderback, 2009). Assim, e de acordo com o mesmo autor, o terapeuta ocupacional possui os seguintes papéis:

- **Terapêutico:** o terapeuta ocupacional tem a responsabilidade de cooperar e de ajudar os seus utentes de modo a que estes alcancem as metas estabelecidas, sendo que estas envolvem a recuperação da realização das principais atividades da sua vida diária;
- **Membro de uma equipa multidisciplinar:** tendo em conta os seus saberes científicos e a sua prática profissional, o terapeuta ocupacional tem o dever de trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde de forma a que sejam atingidos os objetivos estabelecidos;
- **Consultor:** o terapeuta ocupacional deve trabalhar com a família e outras pessoas significativas do utente, de modo a que estes desempenhem um importante e central papel na recuperação do seu familiar.

A TO reduz a dependência no que toca a recursos de saúde e hospitalares, além de diminuir a necessidade de apoio por parte dos serviços sociais. A dependência de ajuda de terceiros, como é o caso dos familiares mais próximos também se torna menor. As intervenções de TO podem contribuir, desta forma, para a diminuição de custos relativamente aos governos locais no que toca aos serviços de saúde, o que torna muito relevante o envolvimento desta disciplina (College of Occupational Therapists, 2016).

Pode afirmar-se que a TO é uma profissão na área da saúde que não pode ser subestimada, uma vez que, além de contribuir para o aumento da qualidade de vida, independência e liberdade das pessoas, também contribui para uma melhor gestão financeira em termos dos recursos de saúde. São várias as áreas de intervenção da TO, vão desde a reabilitação física, a pedopsiquiatria, a psiquiatria, a geriatria, a neonatologia e os cuidados paliativos.

3.1. A Terapia Ocupacional nos Cuidados Paliativos

Os terapeutas ocupacionais desempenham um importante papel nas equipas de cuidados paliativos, na medida em que identificam as atividades (ocupações) que são significativas para os utentes, abordando as barreiras a ultrapassar, para que estas atividades possam ser realizadas (Othero, 2010).

A perspetiva única da TO na promoção da participação em atividades significativas da vida, complementa o propósito dos CP, uma vez que a abordagem holística e centrada no cliente promove um sentimento de independência de auto-eficácia relativamente ao meio em que os indivíduos se encontram, ajudando-os a conviver com sintomas que podem ser altamente debilitantes (Othero, 2010). A TO oferece a capacidade participação na vida quotidiana e contribui para a conservação das relações sociais, mantendo um senso de competência, bem-estar e reciprocidade para as pessoas com doenças que limitam a vida, sendo que esta participação e conservação são altamente valorizadas (Eva & Morgan, 2018). Assim, de um desempenho abaixo do normal, a TO consegue potenciar as capacidades dos utentes e também dos seus cuidadores, ajudando-os a gerir as atividades da vida diária nos seus ambientes preferidos (Eva & Morgan, 2018).

Os terapeutas ocupacionais utilizam uma abordagem centrada na pessoa para avaliar as necessidades nos seus diferentes papéis ocupacionais, identificando as suas capacidades atuais e as que podem ser desenvolvidas/potenciadas, identificando os obstáculos existentes para o envolvimento nas ocupações. Allen (2015), resumiu vários exemplos de intervenções de TO em CP. Como exemplo temos atividade da vida diária (vestir, banho, mobilidade funcional); atividades instrumentais da vida diária (preparação de refeições, gestão do lar, gestão da saúde, gestão religiosas e espirituais); descanso e sono (avaliar os hábitos e o ciclo do sono, desenvolver rotinas pré-sono e fornecer técnicas de relaxamento e posicionamento de modo a aumentar o conforto); lazer (identificar e facilitar formas de participação em atividades recreativas e comunitárias prazerosas, apesar das capacidades e funções alteradas através de modificações e/ou explorando outras alternativas); saúde psicossocial e comportamental (incentivar a comunicação, envolvimento da família e apoiar o papel de cuidador).

Todas as intervenções acima referidas devem ser baseadas na situação atual da pessoa, assim como o seu prognóstico, respeitando as suas necessidades, mas também os seus desejos, de modo a traçar objetivos realistas no que toca à resolução dos problemas e, posteriormente, à organização da sua rotina diária (Queiroz, 2012). Assim, os objetivos traçados devem estar em concordância com as competências presentes e também com as limitações instaladas, tendo como principal finalidade a promoção da qualidade de vida e do conforto nas diferentes áreas da vida do utente (Queiroz, 2012).

O tipo e a intensidade das intervenções fornecidas são tipicamente determinados pela progressão e trajetória da doença. Inicialmente, as intervenções que o utente deseja participar podem basear-se na necessidade de saber priorizar o que é importante para elas, ou a necessidade de alterar o modo pela qual, anteriormente, completavam uma determinada atividade (Othero, 2010).

Numa última análise, o terapeuta ocupacional desempenha um papel crucial na ajuda de pessoas que se encontram a viver numa situação de CP a permanecer envolvidas na vida quotidiana e a ajudá-las a prepararem-se para uma boa morte. Além disso, os terapeutas ocupacionais estão bem posicionados para fornecer apoio, educação e formação aos cuidadores de pessoas que vivem com uma doença terminal, desde o seu diagnóstico até ao luto.

3.1.1. A Terapia Ocupacional nos cuidados paliativos oncológicos

A TO desempenha um papel muito importante nos CP oncológicos, que, assim como nos CP gerais, é o de facilitar e permitir que um utente com uma doença oncológica atinja o máximo do seu desempenho funcional, tanto fisicamente como psicologicamente, nas suas atividades de vida diária, independentemente da sua esperança de vida (Penfold, 1996).

Devido à complexidade e à singularidade das ocupações humanas, cada indivíduo que é diagnosticado com um cancro irá experimentar diferentes limitações nas suas várias ocupações e restrições na participação na vida diária durante a doença, tendo em conta as escolhas do seu estilo de vida (Longpré & Newman, 2011).

O cancro e o seu tratamento podem causar interrupções nas rotinas diárias, afetando o modo como os indivíduos realizam o seu auto-cuidado, o seu trabalho, as suas atividades sociais e de lazer.

Os efeitos secundários comuns ao cancro e ao seu tratamento incluem dor, fadiga, fraqueza física, dificuldades cognitivas, ansiedade, depressão, mudanças na auto-estima e na auto-imagem. Neste sentido, os terapeutas ocupacionais abordam estes efeitos por via de intervenções destinadas a restaurar as suas funções, como por exemplo, o

desenvolvimento de programas de exercícios com o intuito de melhorar a força e a mobilidade, a modificação do modo como os indivíduos realizam normalmente as suas atividades, utilizando a educação terapêutica para transmitir princípios de conservação de energia na sua rotina diária e proteção articular (Longpré & Newman, 2011).

A *Occupational Therapy Australia* (2015) avança com os vários papéis que a TO apresenta no trabalho com pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos, são eles a avaliação, planeamento de cuidados e a intervenção. Na fase de avaliação, deve o terapeuta ocupacional fornecer a avaliação especializada nas sequelas físicas, cognitivas e funcionais do cancro e do seu tratamento no contexto pessoal, profissional, familiar e comunitário e transmitir conhecimentos especializados acerca da intervenção da terapia ocupacional a qual o indivíduo será sujeito. Na fase de planeamento de cuidados, deve negociar objetivos individuais, realistas e significativos com o indivíduo e com a sua rede de apoio; promover a autonomia na tomada de decisões e na participação do planeamento e na escolha de cuidados; incluir os cuidadores e a rede de apoio do doente na equipa de planeamento de tratamento; e respeitar e considerar as necessidades culturais, linguísticas e espirituais nos planos de avaliação e atendimento. Por fim, na fase de intervenção, o terapeuta ocupacional pretende otimizar a autonomia e a independência nas atividades de vida diária; realizar várias intervenções, incluindo a educação, a reabilitação, a modificação ambiental e a prescrição de equipamentos para apoiar a recuperação e a adaptação do utente à sua nova realidade sempre numa ótica de promoção de autonomia e qualidade de vida; educar na gestão dos sintomas para melhorar o desempenho funcional e o envolvimento na ocupação, como por exemplo, a falta de ar, o conforto, os posicionamentos no leito, a fadiga relacionada com o cancro, dor, défice cognitivo e sensorial, entre outros; promover a proteção articular e conservação de energia evitar posições e movimentos que propiciem o surgimento e/ou agravamento de deformidades, respeitar a dor, usar as articulações mais fortes, sempre que possível, não permanecer numa posição estática durante muito tempo, realizar um programa de exercícios regulares para a manutenção da força muscular e amplitude movimento, intercalar os períodos de atividade com os de descanso, visando assim a conservação de energia e realizar um planeamento prévio das tarefas diárias, evitando fadiga.

METODOLOGIA

Para o presente trabalho a metodologia escolhida foi a Revisão Integrativa da literatura (RI). A justificação recaiu neste método uma vez que é um dos mais amplos que permite resumir dados teóricos e empíricos da literatura de modo a proporcionar um entendimento mais abrangente sobre o fenómeno em estudo, neste caso, sobre as intervenções de TO em CP oncológicos (Whittemore & Knaf, 2005). A RI procura que, a existência de possíveis vieses sejam ultrapassados em todas as suas etapas, seguindo uma metodologia rigorosa de pesquisa, seleção e avaliação da relevância e validade da informação encontrada. É integrativa uma vez que fornece informações abrangentes sobre um evento particular, ligando-o com elementos isolados de estudos já realizados, onde se podem incluir pesquisas de carácter qualitativo mas também quantitativo, permitindo, assim, que seja possível sintetizar as investigações já realizadas, obtendo conclusões sobre o tema em estudo (Beck & Polit, 2018).

Este método constitui um instrumento da Prática Baseada na Evidência (PBE). A PBE define-se como sendo a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor e mais atual evidência científica na tomada de decisões clínicas sobre a prestação de cuidados, tendo em consideração as necessidades individuais ou da população em causa (Sampaio & Mancini, 2007). A elaboração de uma RI, segundo os autores Botelho, Cunha e Macedo (2011) é constituída por 6 etapas distintas: 1) Identificação do Tema e Seleção de Pesquisa; 2) Estabelecimento de Critérios de Inclusão e Exclusão; 3) Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Seleccionados; 4) Categorização dos Estudos Seleccionados 5) Análise e Interpretação dos Resultados; 6) Síntese do Conhecimento; as quais vão ser apresentadas de seguida.

1.1 Identificação do Tema e Seleção de Pesquisa

O projeto tem como base um problema de investigação, sendo ele: O papel da TO nos cuidados paliativos oncológicos. Assim, a pesquisa bibliográfica partiu das seguintes questões:

- Quais as principais intervenções da TO junto de doentes oncológicos em CP?
- Quais os benefícios da TO para a qualidade de vida dos doentes oncológicos em CP?

Como principais fontes de pesquisa foram selecionadas as seguintes bases de dados: PubMed, *Cochrane Library* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), no período entre março e maio de 2019. Para a realização da pesquisa, foram usados os seguintes palavras-chave: “*Cuidados Paliativos*”, “*Doentes Oncológicos*”, “*Cancro*”; “*Terapia Ocupacional*”, “*Desempenho Ocupacional*” e “*Qualidade de vida*”, com os seus correspondentes em inglês e espanhol e as suas respetivas combinações. Foi ainda realizada uma pesquisa livre no “*Google académico*”, para a identificação de mais material relevante que não estivesse indexado em bases de dados internacionais. Desta pesquisa, foram identificados um total de 397 artigos.

1.2 Estabelecimento de Critérios de Inclusão e Exclusão

Nas bases de dados escolhidas realizou-se os cruzamentos de descritores, identificados no quadro 3. O exemplo dado é na língua inglesa, no entanto também se efetuou para o português e o espanhol:

Quadro 1: Combinações de descritores nas bases de dados utilizadas

Combinações de Descritores
“Occupational Therapy” AND (“Cancer” OR “Oncologic Patients”)
“Occupational Therapy” AND “Palliative Care” AND (“Cancer” OR “Oncologic Patients”)
“Occupational Therapy” AND “Occupational Performance” AND “Palliative Care”
“Occupational Performance” AND “Palliative Care” AND (“Cancer” or “Oncologic Patients”)
“Occupational Therapy” AND “Palliative Care” AND “Cancer” AND “Quality of Life”
“Occupational Performance” AND “Palliative Care” AND “Quality of Life” AND (“Cancer” OR “Oncologic Patients”)

Nesta etapa procedeu-se ainda à seleção dos critérios de elegibilidade. Os critérios de inclusão e exclusão definidos, encontram-se descritos no quadro 4.

Quadro 2: Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

Critérios de Inclusão
<ul style="list-style-type: none">- Artigos publicados no período de 2008 e 2018;- Artigos publicados em português, inglês e espanhol;- Artigos realizados em seres humanos;- Artigos que relatem a atuação do terapeuta ocupacional com doentes oncológicos em cuidados paliativos.
Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Artigos farmacológicos;- Artigos não realizados com pacientes oncológicos em cuidados paliativos- Artigos não disponíveis na íntegra

1.3. Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Selecionados

Nesta etapa foi realizada a análise dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações identificadas e verificados os critérios de elegibilidade estabelecidos inicialmente. Na figura 1, podemos observar o diagrama do presente estudo, desde a identificação dos artigos até à sua inclusão.

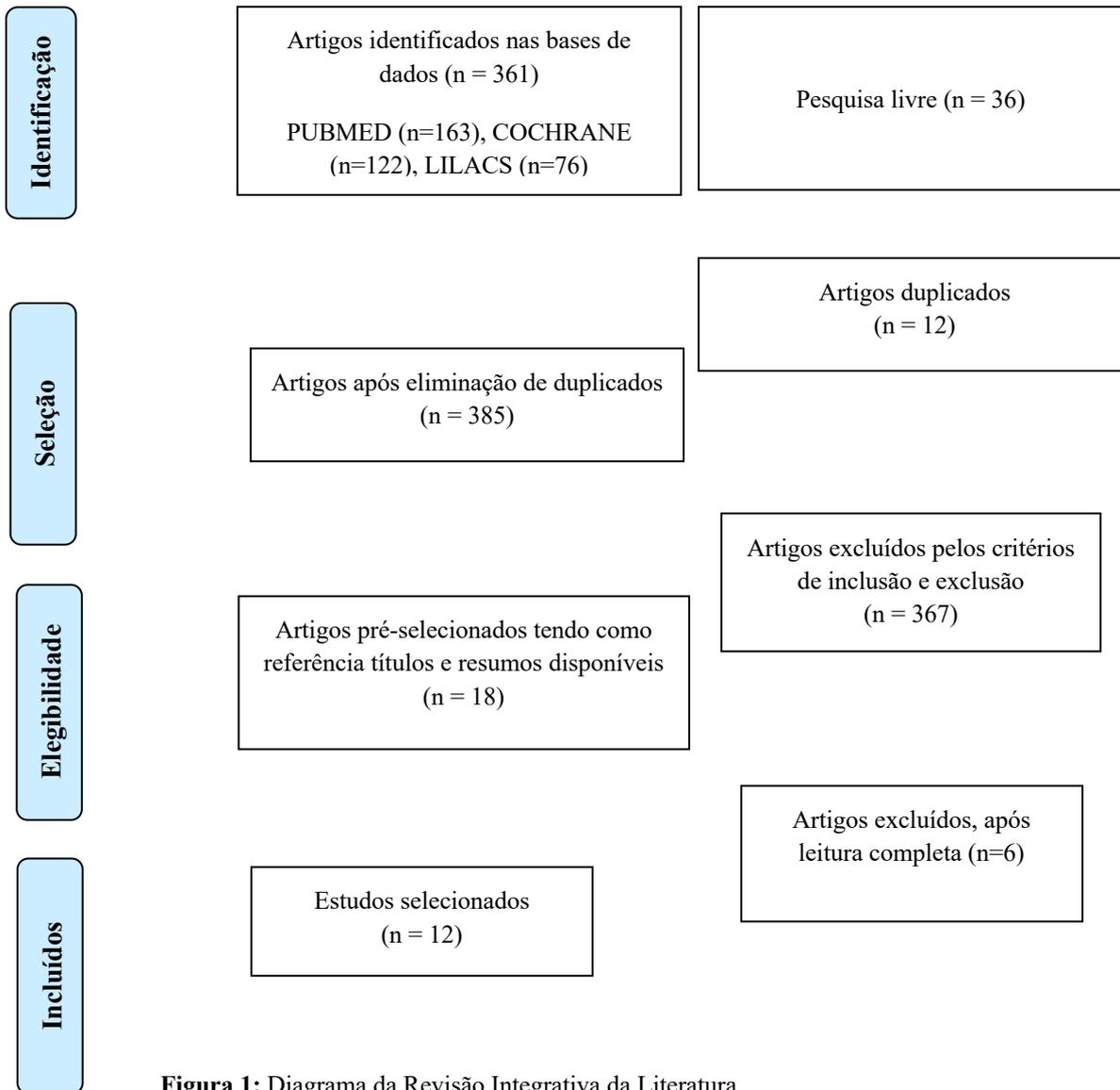


Figura 1: Diagrama da Revisão Integrativa da Literatura

1.4 Categorização dos Estudos Selecionados

Em continuidade, foi utilizada uma matriz de síntese de forma a sumariar e organizar as informações obtidas nas fases anteriores representada no quadro 5, com os artigos obtidos na seleção.

Quadro 3: Caracterização dos artigos incluídos na revisão

Ano	Autores	Título	Publicação	País
2016	Pergolotti, M.; Williams, G; Campbell, C.; Munoz, L. & Muss, H.	Therapy for adults with cancer: Why it matters	The Oncologist	EUA
2008	Schleinich, M.; Warren, S; Nekolaichuk, C.; Kaasa, T. & Watanabe, S.	Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients’ priorities for rehabilitation goals	Palliative Medicine	Canadá
2018	Eva, G. & Morgan, D.	Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross sectional survey	Palliative Medicine	Reino Unido
2014	Lindahl-Jacobsen, L.; Hansen, D.; la Cour, K. & Søndergaard, J.	Evaluation of a complex intervention to improve activities of daily living of disabled cancer patients: protocol for a randomised controlled study and feasibility of recruitment and intervention	BMC Health Services Research	Dinamarca
2018	Taylor, S.	Occupational Therapy and the Cancer Care Continuum: Adjusting Treatment Focuses	AOTA – Continuing Education Article	EUA
2016	Eriksson, L.; Öster, I. & Lindberg, M.	The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital	Palliative and Supportive Care	Suécia
2010	Kasven-Gonzalez, N.; Souverain, R. & Miale, S.	Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report	Palliative and Supportive Care	EUA
2018	Cavalcante, A.; Maués, N. & Castro, G.	Ocupaciones y significados en los cuidados paliativos de oncología: el caso de “Nobreza” en su proceso de finitud	REFACS	Brasil

2018	Rijpkema, C.; Hartingsveldt, M. & Stuiver, M.	Occupational therapy in cancer rehabilitation: going beyond physical function in enabling activity and participation	Expert Review of Quality of Life in Cancer Care	Holanda
2017	Sahin, S., Akel, S. & Zarif, M.	Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care	In Tech	Turquia
2016	Sakaguchi, S. & Okamura, H.	Effectiveness of collage activity based on a life review in elderly cancer patients: A preliminary study	Palliative and Supportive Care	Japão
2015	Huri, M., Huri, E., Kayihan, H. & Aluntas, O.	Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer	Saudi Med	Arábia Saudita

1.5 Análise e Interpretação dos Resultados

Nesta etapa, analisaram-se todos os dados obtidos com o intuito de retirar conclusões e, conseqüentemente, construir uma perspectiva crítica sobre os artigos analisados. Esta análise foi realizada, tendo por base a matriz de síntese elaborada na etapa anterior.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram, então, selecionados 12 artigos. Pode observar-se, pelas datas de publicação dos artigos incluídos no estudo que, de uma forma geral, mas não constante, a tendência de publicação sobre o tema aumentou nos últimos anos.

De acordo com análise do material realizada através de uma leitura crítica e de acordo com as questões de partida propostas, foi possível a identificação de convergências entre os artigos o que possibilitou o estabelecimento de duas grandes Unidades de Análise:

- Unidade de Análise I: Intervenções de TO junto a doentes oncológicos em CP (n= 6)
- Unidade de Análise II: Benefícios da TO em doentes oncológicos em CP (n= 6)

No quadro seguinte é possível, então, observar os artigos correspondentes a cada unidade de análise:

Quadro 4: Distribuição dos artigos por unidade de análise

Unidade de Análise	Artigos	
Unidade de Análise I – Intervenções da TO em doentes oncológicos em CP	Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals	2008
	Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross sectional survey	2018
	Evaluation of a complex intervention to improve activities of daily living of disabled cancer patients: protocol for a randomised controlled study and feasibility of recruitment and intervention	2014
	Occupational Therapy and the Cancer Care Continuum: Adjusting Treatment Focuses	2018
	Ocupaciones y significados en los cuidados paliativos de oncología: el caso de "Nobreza" en su proceso de finitud	2018
	Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care	2017
Unidade de Análise II – Benefícios da TO em doentes oncológicos em CP	Therapy for adults with cancer: Why it matters	2016
	The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital	2016
	Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report	2010
	Occupational therapy in cancer rehabilitation: going beyond physical function in enabling activity and participation	2018
	Effectiveness of collage activity based on a life review in elderly cancer patients: A preliminary study	2016
	Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer	2015

Na presente etapa, pretende proceder-se à síntese dos dados presentes nas publicações selecionadas e interpretar de uma forma neutra a informação que elas transmitem. Assim sendo, organizou-se o presente capítulo tendo em conta as duas unidades de análise identificadas anteriormente na apresentação dos resultados. Para facilitar a discussão dos resultados, optou-se pela construção de duas tabelas, correspondentes a cada unidade de análise, de forma a identificar facilmente o objetivo, metodologia e resultados dos estudos.

A primeira Unidade de Análise, que diz respeito às Intervenções de TO junto a doentes oncológico em CP, tem os principais resultados extraídos dos artigos selecionados, explanados no quadro seguinte:

Quadro 5: Tabela de extração de resultados dos artigos da Unidade de Análise I - Intervenções de TO junto a doentes oncológicos em CP.

Autores/ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Schleinich, M.; Warren, S; Nekolaichuk, C.; Kaasa, T. & Watanabe, S.	Identificar quais os objetivos e as prioridades dos pacientes oncológicos em CP ao nível da TO	Estudo exploratório. Realização de um questionário ao nível dos 11 domínios presentes no Canadian Model of Occupational Performance. Cada questão reflete uma intervenção típica de reabilitação em cuidados paliativos.	Os resultados indicam que o que é importante para os pacientes é acompanhamento geral, mobilidade, exercício, suporte, dor, atividade.
Eva, G. & Morgan, D.	Mapear o âmbito das intervenções de TO em cuidados paliativos em oncologia na Europa e explorar as perceções de terapeutas ocupacionais de oportunidades e desafios na prestação destes cuidados.	Inquérito transversal de 49 artigos, constituído por respostas de texto fixo, distribuído através do site da Associação para Cuidados Paliativos.	Verifica-se a consistência na prática da TO em CP nos países europeus.
Lindahl-Jacobsen, L.; Hansen, D.; la Cour, K. & Søndergaard, J.	Avaliação de uma intervenção complexa para melhorar as atividades de vida diária em pacientes em CP com cancro com deficiência	Estudo randomizado controlado. A viabilidade da intervenção de TO foi baseada em cálculos de atendimento ao paciente e de aceitação por parte do cliente.	A participação foi considerada positiva e a intervenção foi bem aceite por parte dos pacientes.
Taylor, S.	Compreender como os serviços de TO podem ser ajustados aos clientes durante	Apresentação de uma revisão da literatura e de estudos de caso	O foco geral da terapia no contexto de doença avançada é maximizar a capacidade do sobrevivente em se

	três períodos do cancro, nomeadamente em contexto de cancro avançado em CP.		envolverem atividades significativas para si.
Cavalcante, A.; Maués, N. & Castro, G.	Analisar o papel da TO e compreender a importância da ocupação para um paciente em cuidados paliativos oncológicos.	Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo de estudo de caso único realizado com uma paciente em cuidados paliativos oncológicos, denominado "Nobreza".	O estudo traz a reflexão, o facto de que pessoas em cuidados paliativos oncológicos podem ser realizadas através da criação, criação, vivência, sentimento, expressão, carinho, proporcionadas pela intervenção do TO.
Sahin, S., Akel, S. & Zarif, M.	Compreender a importância da TO para pacientes oncológicos em CP.	Revisão bibliográfica	A avaliação e as intervenções da TO centram-se no funcionamento e participação e melhoria das capacidades dos pacientes com cancro, desde o diagnóstico até ao fim da vida.

Analisando os artigos selecionados ficou bem patente que o papel que a TO em CP oncológicos tem uma grande importância junto dos utentes. De acordo com Şahin, Akel & Zarif (2017), a TO dá apoio relativamente aos sintomas secundários da pessoa, que variam com as necessidades de cada uma, com o tipo de cancro e com os tratamentos. Os CP de pessoas com cancro, sejam eles adultos ou crianças, incluem a gestão de sintomas físicos, emocionais, sociais ou cognitivos, das limitações de desempenho, papéis e atividades significativas, apoio familiar e social (Şahin, Akel & Zarif, 2017).

Neste seguimento, Schleinich *et al.* (2008), identificaram, por intermédio da análise das respostas dadas por pessoas a receber CP oncológicos, que o que mais necessitam é a aprendizagem de maneiras alternativas de desempenhar as suas atividades; desenvolver estratégias de *coping*; sugestões práticas ao nível de equipamentos e movimentação segura; meios de lidar com a perda de capacidade física; encontrar soluções que não incluam a administração de fármacos; desenvolvimento de exercícios físicos para ajudar na mobilidade; apoio psicológico; cooperação e compreensão; desenvolvimento de formas para administrar a dor, especialmente quando esta não desaparece; a realização

de atividades de lazer, para que se mantenha ocupado e motivado. A maior parte das necessidades identificadas, envolvem a prática diária de um terapeuta ocupacional e onde a ocupação, motivação e desempenho são os pilares fundamentais da TO (Kielhofner, 2008).

As opiniões dos pacientes em contexto canadiano de CP oncológicos, relativamente às intervenções de TO vão ao encontro aos resultados obtidos por Eval & Morgan (2018), quando fizeram um mapeamento de intervenções de TO em contexto paliativo e oncológico na Europa. Assim, foram identificadas intervenções semelhantes às de Schleinich *et al.* (2008), nomeadamente: prescrição de equipamento para as atividades da vida diária; avaliação das atividades de lazer e das ocupações valorizadas; gestão da ansiedade e gestão da dor. Foram ainda mencionadas outras formas de intervenção: avaliação da funcionalidade e independência; tarefas relacionadas com o posicionamento, postura e o conforto do paciente, estratégias para gerir as atividades diárias; gestão da fadiga; apoio ao ajustamento da incapacidade; avaliação da segurança; gestão das úlceras de pressão; gestão da falta de ar; relaxamento e reabilitação vocacional.

Também com pacientes com deficiência em cuidados paliativos oncológicos, a TO tem uma importância fulcral, como nos indica os estudos realizado por Lindahl-Jacobsen *et al.* (2014). As intervenções de TO têm de ser adaptadas às especificidades das pessoas, no entanto, no geral, elas não diferem muito das intervenções realizadas noutras pessoas no mesmo contexto. Assim, os autores realizaram um projeto onde identificaram as seguintes intervenções de TO em contexto paliativo oncológico: desenvolvimento de estratégias para a manutenção de papéis existentes antes da doença; estratégias compensatórias (por exemplo ergonómicas, energéticas e equipamentos assistenciais); cooperação entre o terapeuta ocupacional e outros profissionais de saúde (mesmo quando a pessoa não se encontra presente); treino das atividades diárias; realização de modificações no lar; priorizar as atividades de vida diária da pessoa; prevenção de possíveis ortóteses dos membros superiores; terapia facial e do trato oral. Na sua análise de vários estudos de caso relativamente a intervenções de TO no *continuum* dos cuidados oncológicos, Taylor (2018) destacou um, relativamente aos cuidados paliativos neste contexto. De acordo com a autora, e corroborando os estudos supracitados (Othero, 2010) o foco geral da TO no contexto da doença avançada, é

maximizar a capacidade da pessoa se envolver em atividades significativas através de estratégias compensatórias, da classificação das tarefas e das atividades a realizar e também no treino dos cuidadores e familiares no sentido da ajuda. Os terapeutas devem também educar as pessoas a equilibrar as suas atividades dentro da sua tolerância fisiológica, facilitando a compreensão de que esta tolerância, tendo em conta a natureza da doença, pode mudar de um dia para o outro (Othero, 2010)

Um estudo de caso de uma utente oncológica em situação de CP, revelou ainda novas formas de intervenção do TO. Esta proporciona à pessoa a maximização do seu autocontrolo e possibilita a adaptação à situação e ao meio ambiente, tal como mencionado anteriormente. Além disso, auxilia o paciente no estabelecimento e priorização dos objetivos de vida, a fim de manter a sua identidade, a sua produtividade e atividade, potenciando as competências no desempenho funcional e a participação na tomada de decisão (Cavalcante, Maués & Castro, 2018; Othero, 2010).

De seguida, e seguindo o mesmo processo da Unidade de Análise I, procede-se à discussão dos artigos incluídos na Unidade de Análise II - Benefícios da TO em doentes oncológicos em CP. Os principais resultados extraídos dos artigos selecionados encontram-se no quadro seguinte:

Quadro 6: Tabela de extração de resultados dos artigos da Unidade de Análise II – Benefícios da TO em doentes oncológicos em CP.

Autores	Objetivos	Metodologia	Resultados
Pergolotti, M.; Williams, G; Campbell, C.; Munoz, L. & Muss, H.	Fornecer uma compreensão do que é a TO e a sua relevância para pacientes com cancro.	Revisão bibliográfica	A TO é especificamente projetada para avaliar e tratar défices funcionais, mas continua subutilizada no tratamento do cancro, apesar de todos os benefícios para os pacientes.
Eriksson, L.; Öster, I. & Lindberg, M.	Descrever como os utentes oncológicos em contexto de CP se relacionam com a ocupação e definir o significado que esta tem para eles.	Metodologia qualitativa. Aplicação de entrevistas a 8 utentes internados em CP com vários diagnósticos de cancro.	Os resultados confirmam a importância da ocupação para este tipo de utentes e também da importância que é ter a opção de autocuidado em contexto de CP oncológicos.

Kasven-Gonzalez, N.; Souverain, R. & Miale, S.	Descrição de uma intervenção de TO numa jovem diagnosticada com osteossarcoma e leucemia durante o estágio final da sua vida.	Este relato de caso destaca o uso de metas centradas na pessoa e da importância de uma estreita colaboração entre o utente, o terapeuta ocupacional e os fisioterapeutas para se alcançar uma maior qualidade de vida.	Pessoas em contexto de CP podem beneficiar da TO de modo a que sejam definidas metas funcionais, realistas e significativas.
Rijkema, C.; Hartingsveldt, M. & Stuiver, M.	Mostrar a importância da TO para a reabilitação das pessoas os pacientes em CP	Revisão bibliográfica.	A TO contribui com uma visão única para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas com cancro em CP, indo além da função física, promovendo a atividade a participação.
Sakaguchi, S. & Okamura, H.	Examinar as narrativas de utentes oncológicos idosos que surgiram como resultado de uma revisão de vida realizada em associação com uma atividade de colagem, avaliando a eficácia dessa intervenção.	Estudo quantitativo. Aplicação da tarefa de colagem a 11 pacientes idosos com cancro em CP. Avaliação realizada recorrendo ao FACIT-Sp, ao HADS e ao SESTC, antes e imediatamente depois da intervenção.	Esta atividade mostrou-se eficaz para melhorar o bem-estar espiritual, atenuando a ansiedade e a depressão e melhorando a autoeficácia, proporcionando também uma facilitação de interação com os outros, nomeadamente a família.
Huri, M., Huri, E., Kayihan, H. & Aluntas, O.	Avaliar a eficiência da TO na melhoria da qualidade de vida em homens com cancro de próstata metastático.	Estudo Randomizado. Amostra constituída por 55 homens, participaram numa terapia cognitiva comportamental baseada na TO durante 12 semanas.	A intervenção revelou ser eficaz na melhoria da qualidade vida em homens com este tipo de cancro, sendo que as mudanças foram associadas significativamente ao desempenho ocupacional.

São vários os benefícios que foram identificados nos estudos analisados no que toca à TO em contexto paliativo oncológico, inclusivamente, por parte dos próprios pacientes. Como refere Pergolotti *et al.* (2016) são inúmeros os relatos relacionados com os

decréscimos na qualidade de vida dos pacientes com cancro, assim como limitações nas atividades básicas da vida diária e também nas atividades instrumentais da vida diária. Para pacientes com cancro, em contexto de CP, a TO tem o potencial de diminuir, de controlar e de fazer com que o paciente consiga gerir a incapacidade resultante com a sua doença.

Eriksson *et al.* (2016), demonstraram que os pacientes oncológicos em cuidados paliativos encontraram ocupações significativas durante a sua estadia no hospital, havendo um desejo de poder lidar com as suas próprias necessidades, tanto quanto possível, assim como manter as suas ocupações e as suas competências/capacidades, de modo a que se possam a continuar sentir com uma pessoa plena. Mais uma vez, aqui definido como necessidade da pessoa, um dos pilares básicos da TO, que é a promoção da manutenção das ocupações básicas do ser humano. Estes autores indicam que é significativo e importante que estes utentes sejam capazes de cuidar de si mesmos, serem capazes de continuar ativos e estarem envolvidos nas ocupações em que anteriormente participavam.

Também o estudo realizado junto de homens com cancro na próstata metastático por Huri *et al.* (2015) revelou que um programa de terapia cognitiva-comportamental, tendo como base ações de TO, melhorou a saúde ocupacional dos pacientes e a sua participação, melhorando a qualidade de vida dos pacientes com esta doença em contexto paliativo, diminuindo os níveis de stress, depressão, ansiedade e aumentando a autonomia destes.

A ideia das vantagens da TO para os pacientes em CP oncológicos é corroborada por Kasven-Gonzalez *et al.* (2010). Estes autores referem que estes utentes beneficiam muito da TO, uma vez que este tipo de intervenção lhes permite definir objetivos significativos. Por exemplo, num cenário de cuidados intensivos, algo tão simples como a adaptação de uma campainha de chamada para que a pessoa seja capaz de comunicar melhor as suas necessidades para a equipa de enfermagem pode melhorar significativamente a qualidade de vida destes. Já em pessoas mais estáveis clinicamente, facilitar a transferência da cama para uma cadeira de modo a socializar com os seus membros da família pode ser o mais apropriado e significativo. Assim, a TO oferece serviços aos pacientes oncológicos paliativos de modo a que estes melhorem a sua

mobilidade, a sua independência e, portanto, a qualidade de vida (Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale, 2010).

A TO pode também intervir no modo como estas pessoas se adaptam e lidam com o declínio das suas capacidades físicas devido à doença e também com as preocupações existenciais próprias de uma fase final da vida. O trabalho realizado por La Cour, Josehsson, Tishelman & Nygard (2007) revelou os benefícios da atividade artística no âmbito da TO para complementar o tradicional foco negativo característico das fases paliativas do cancro, mostrando que vários aspetos enriquecedores da vida podem ser mantidos. Os resultados demonstraram que o envolvimento em atividades criativas se revelou como uma importante ferramenta para encontrar formas alternativas de lidar com os desafios próprias a uma doença oncológica avançada.

Também Skaguchi & Okamura (2015) utilizaram uma colagem, baseada na revisão da vida para utentes idosos com cancro em CP. Tendo em conta a base desta atividade, esta teve uma componente altamente espiritual, contribuindo para o bem-estar dos pacientes, aumentando a sua eficácia diária e diminuindo a ansiedade e a depressão características das incertezas e do sofrimento associado à fase paliativa do cancro. A colagem em si, e devido à sua natureza dinâmica de revisitar o passado e os momentos mais marcantes de uma vida foi também de extrema utilidade para facilitar as interações com os outros, incluindo os membros da família, contribuindo apoio e também algum conforto psicológico para estas (Skaguchi & Okamura, 2015).

De uma maneira geral, o impacto do cancro e do seu tratamento no funcionamento diário é determinado, em grande parte, por fatores biomédicos. No entanto, a um nível individual, o impacto destes fatores é medido por fatores ambientais e fatores pessoais. Assim, durante o tratamento da TO, o terapeuta vai influenciar aqueles fatores que são mais propensos a melhorar o desempenho ocupacional e as atividades significativas no dia-a-dia, melhorando, de forma considerável, as condições físicas, comportamentais e contextuais dos pacientes em situação de cuidados paliativos oncológicos (Rijpkema, Hartingsveldt & Stuiver, 2018).

1.6 Síntese do Conhecimento

No presente trabalho realizou-se uma RI da literatura tendo como principal objetivo averiguar o papel da TO em contexto de CP oncológicos. Este estudo abarca uma ampla revisão da literatura publicada no novo milénio, sobre o assunto em estudo desde o ano de 2008. A grande parte dos estudos analisados recorrem a uma metodologia qualitativa da investigação, onde se encontram incluídas várias revisões da literatura. Os estudos quantitativos, em menor número, apresentam uma estrutura rigorosa, onde se incluem grupos de controlo e amostras de indivíduos com doença oncológica e em contexto de cuidados paliativos. Num total de 397 publicações foram selecionados para o presente artigo apenas 12 artigos que cumprem os critérios estabelecidos de elegibilidade.

Embora existam vários estudos sobre a importância da intervenção da TO no contexto de várias patologias, e também em cuidados paliativos no geral, da pesquisa da literatura disponível verificou-se que tem havido uma investigação científica relativamente limitada no que toca à TO no contexto específico de CP da doença oncológica.

Os resultados desta revisão fornecem um conjunto de informação recolhida sobre a TO em contexto oncológico paliativo, nomeadamente acerca das suas principais intervenções e da importância que estes têm para as pessoas nesta situação clínica, o que permitiu que se dividisse os artigos em duas unidades de análise, a fim de facilitar a sua compreensão: I) Intervenções de TO junto a doentes oncológicos em cuidados paliativos e II) Benefícios da TO em doentes oncológicos em cuidados paliativos.

Independentemente da unidade de análise, a grande maioria dos artigos explicitaram os objetivos da TO, realçando a sua importância para o bem-estar e para a qualidade de vida dos pacientes, independentemente do estágio da sua doença. Tais achados vão ao encontro do que foi referido por Soares (1991), que apontou os seguintes objetivos como sendo os principais da prática da TO: i) ajudar os indivíduos a aprenderem ou reaprenderem as atividades necessárias ou possíveis de modo a que sejam capazes de realizar as suas atividades da vida diárias; ajudar o indivíduo a adaptar-se às suas incapacidades, ajudando-o a desenvolver um novo desempenho ao nível ocupacional, tendo em conta a nova realidade, promovendo a sua participação na vida social; contribuir para a promoção dos sentimentos e vontade de recuperação e por fim,

promover a saúde e o bem-estar, trabalhando sempre numa lógica preventiva para evitar o aparecimento de possíveis doenças e de possíveis traumas. Estes objetivos ficaram muito patentes e recorrentes nos resultados obtidos nos artigos analisados.

Veja-se no artigo de Schleinich, Warren, Nekolaichuk, Kaasa & Watanabe (2008), onde foram identificadas várias categorias de intervenções ao nível da TO em situação de doença oncológica paliativa, como conselhos gerais ao nível da vida diária, como por exemplo apresentar alternativas ao modo de realizar as diferentes tarefas, sugestões e adaptações ao nível da movimentação segura e do equipamento, entre outras; controlo e gestão da dor; a mobilidade e readaptação às novas capacidades ou falta delas; exercício e lazer e apoio psicológico e emocional. Também Eval & Morgan (2008) identificaram as principais intervenções de TO em cuidados paliativos oncológicos na Europa, nomeadamente a prescrição de equipamento para as atividades da vida diária; avaliação das atividades de lazer e das ocupações valorizadas; gestão das incapacidades e da fadiga; gestão da ansiedade e gestão da dor, indo de encontro, também aos objetivos de Santos (1991) traçados para a TO.

Foram, desta forma, identificados de maneira muito clara e objetiva as intervenções da TO no âmbito dos cuidados paliativos oncológicos, como por exemplo a avaliação, prevenção e alívio sintomático da dor, dos problemas físicos e psicossociais, ajustamento para um melhor bem-estar e qualidade de vida nestes doentes terminais. Confirmando, os papéis atribuídos à TO no que toca ao trabalho com pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos pela *Occupational Therapy Australia* (2015). Nomeadamente, a avaliação das necessidades do doente e do seu estado físico e mental, o planeamento de cuidados, tendo sempre em consideração metas realistas e significativos para com o indivíduo e os seus cuidadores e a intervenção efetiva, tendo em vista a otimização da autonomia e da independência das atividades de vida diária, sempre numa perspetiva de adaptação à nova realidade do paciente, tendo em vista a maximização do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

Também nos estudos de caso analisados, foi possível observar que a TO proporcionou ao paciente uma maximização da sua independência, do seu autocontrolo, da sua autonomia no que toca à realização das atividades da vida diária, contribuindo assim para a manutenção da sua identidade, contribuindo para que os pacientes e os seus cuidadores se adaptem à nova realidade da doença (Cavalcante, Maués & Castro, 2018;

Taylor, 2018). Estes estudos corroboram o que foi previamente apresentado por Söderback (2009), que definiu o terapeuta ocupacional como sendo o profissional de saúde tem como missão ajudar a restaurar a interação entre o doente e o seu contexto, tendo em conta o seu estado de saúde e as suas limitações associadas, tendo sempre como objetivo principal restaurar a sua autonomia e a sua independência na realização das suas atividades de vida diária.

No que concerne à unidade de análise II, foram vários os benefícios que foram identificados nos artigos selecionados para o presente estudo e que foram incluídos nesta unidade. A capacidade de gestão da doença, devolvendo a autonomia e a identidade aos doentes oncológicos em cuidados paliativos é algo referido em todos os estudos, sendo de uma grande importância para os pacientes que se encontram nesta situação tão angustiante (Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale, 2010; Huri *et al.*, 2015; Eriksson *et al.*, 2016; Pergolotti *et al.*, 2016; Rijpkema, Hartingsveldt & Stuiver, 2018; Skaguchi & Okamura, 2015).

Como referiu Longpré & Newman (2011) as ocupações humanas são muito complexas e singulares, variando de indivíduo para indivíduo, pelo que, quando existe um diagnóstico de cancro, as limitações a ele associadas vão ser muito diferentes de caso para a caso, Devido a esta singularidade, a realização das atividades da vida diária é algo muito importante para a manutenção da identidade e da autonomia dos pacientes, não os limitando à doença. O estudo realizado por Eriksson, Öster & Lindberg (2016) confirma precisamente o que foi dito por estes autores, sendo que os pacientes nesta situação possuem um grande desejo em lidar com as suas necessidades, tanto quanto possível, assim como manter as suas ocupações e as suas habilidades/capacidades, de modo a que se possam a continuar sentir como pessoas plenas. Também os resultados avançados por Pergolotti *et al.* (2016) sugerem que a TO, em contexto de cuidados paliativos, apresenta um grande potencial de diminuir, de controlar e de fazer com que o indivíduo consiga gerir a incapacidade resultante da sua doença e de, realisticamente, realizar as atividades de vida diária que faziam parte do seu quotidiano pré-doença. Como demonstrou (Kasven-Gonzalez, Souverain & Miale, 2010), algo tão simples como a adaptação de uma campanha para chamar os enfermeiros, já facilita a vida do doente, permitindo-lhe uma maior autonomia.

Mesmo as ações realizadas, tendo como princípios orientadores os princípios da TO, apresentaram resultados positivos no modo como as pessoas lidam e vivem o cancro quando se encontram em contexto de cuidados paliativos, verificando-se um melhoramento na saúde ocupacional e na participação dos indivíduos no dia a dia, diminuindo níveis de stress, de depressão e ansiedade, muitas vezes ligado à fase de final da vida. Precisamente estas atividades, fazem com que os indivíduos e mesmo os seus cuidadores lidem melhor com o fim da vida, através de atividades artísticas inseridas em programas de TO (Huri *et al.*, 2015; Skaguchi & Okamura, 2015).

No que concerne aos instrumentos de avaliação utilizados nos estudos selecionados, foram vários que recorreram a escalas e questionários já existentes, de modo a avaliar, no caso do estudo de Skaguchi & Okamura (2015), o sucesso de uma intervenção de TO em doentes com cancro em cuidados paliativos, tendo-se recorrido ao Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT -Sp), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Autoeficácia para Doentes em Cancro Terminal (SESTC). Vários estudos utilizaram o Canadian Occupational Performance Measure, de modo a avaliar o desempenho ocupacional dos pacientes e identificar as suas dificuldades no que toca à realização das atividades da vida diária (Huri *et al.*, 2015; Lindahl-Jacobsen *et al.*, 2014; Schleinich *et al.*, 2008). A metodologia qualitativa foi utilizada pelos restantes artigos, recorrendo-se essencialmente ao relato de caso, às entrevistas à revisão da literatura.

Perante estes resultados pode afirmar-se que existe evidência científica suficiente que permite afirmar e reforçar a importância da TO para os indivíduos com doença oncológica que se encontram internados numa unidade de CP. Devem ser realizados mais estudos neste sentido, de modo a reforçar o papel da TO na equipa multidisciplinar, devolvendo à pessoa a sua autonomia e independência dentro das limitações sentidas, mas sobretudo devolvendo a sua dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para o desenvolvimento do estudo dos CP oncológicos no âmbito da TO. A realização deste trabalho apresentou-se como um grande desafio pessoal uma vez que possibilitou a aquisição de novos e importantes conhecimentos no que toca à prática diária da intervenção do terapeuta ocupacional no contexto de CP oncológicos, refletindo-se, assim, numa abordagem mais adequada para com a pessoa que se encontra em situação de fim de vida.

Pode verificar-se que a TO desempenha um papel importante dentro das equipas de CP em contexto oncológico, identificando as atividades significativas, ajudando a priorizá-las, quando necessário, e abordando as barreiras e obstáculos presentes para a realização dessas atividades. A TO apresenta uma perspetiva única na promoção da participação dos doentes oncológicos em atividades significativas para estes que complementam os cuidados paliativos. A sua abordagem holística e centrada no cliente promove, de acordo com os próprios utentes, um sentido de independência e de auto-eficácia, tendo em conta os grandes desafios decorrentes da convivência com sintomas que podem ser altamente debilitantes.

Devido à importância aqui demonstrada, a TO deveria ser iniciada o mais precocemente possível, de modo a tentar manter a capacidade funcional e diminuir a perda de autonomia, para que a qualidade de vida da pessoa possa ser preservada ao longo de todo o processo da doença e até ao fim de vida. Como se pode observar, os objetivos da TO de uma maneira geral e neste contexto de intervenção, em tudo se assemelham aos objetivos dos próprios serviços prestados pelas unidades de CP.

Todos os trabalhos de investigação têm as suas limitações. Nesta revisão integrativa, a maior limitação sentida foi a falta de produção científica específica, publicada na área em estudo, limitando o número de artigos incluídos. O tipo de estudo e o tamanho da amostra de alguns artigos e a utilização de apenas 3 bases de dados são também consideradas limitações deste estudo. Neste sentido, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da TO em CP oncológicos, de modo a compreender quais as principais intervenções realizadas pelos terapeutas ocupacionais e quais as principais necessidades apresentadas, de forma a desenvolver

um quadro concetual de ação cada vez mais sólido cientificamente, tendo em conta a PBE.

Não obstante a estas limitações, foi possível realçar que, nos CP o papel do terapeuta ocupacional foca-se essencialmente nas necessidades de cada paciente, no controle de sintomas, no alívio do sofrimento, na valorização do sentido e da qualidade de vida, possibilitando que a pessoa viva tão ativamente quanto possível, até o dia de sua morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addington-Hall, J. & Higginson, I. (2001). *Palliative care for non-cancer patients*. Oxford: Oxford University Press.

Afonso, J. (2011). *Cancro – Conceitos Gerais*. [em linha]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7193/3/10Introduo390.pdf>. Consultado a 9 nov 2019.

Allen, M. (2015). *The Role of Occupational Therapy in Palliative and Hospice Care*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Baudino, T.A. (2015). Targeted Cancer Therapy: The Next Generation of Cancer treatment. *Current Drug Discovery Technologies*, 12, 3-20.

Beck, C. & Polit, D. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Botelho, L., Cunha, C. e Macedo, M. (2011). Revisão Integrativa nos Estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*. 5(11), 121-136.

Capela, R. & Apóstolo, J. (2012). O Sofrimento do Doente Oncológico em Cuidados Paliativos. *Oncology News*, 6 (21), 41-48.

Cavalcante, A., Maués, N. & Castro, G. (2018). Ocupaciones y significados en los cuidados paliativos de oncología: el caso de “Nobreza” en suproceso de finitude. *REFACS (online)*, 6(1), 140-151.

College of Occupational Therapists (2016). Reducing the pressure on hospitals: a report on the value of occupational therapy in England. London

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2018). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Disponível online 20 de julho 2019: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf

Eriksson, L., Öster, I., Lindberg, M. (2016). The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital. *Palliative and Supportive Care*, 14, 541–552.

- Eva, G. & Morgan, D. (2018). Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*, 32(5), 960-968.
- Ferrel, B., Temel, J., Temin, S., Alesi, E., Balboni, T., Basch, E. et al. (2017). Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 35 (1), 96-112.
- García- Baquero Merino, M.T. (2018). Palliative Care: Taking the Long View. *Frontiers in Pharmacology*. 9:1140. doi: 10.3389/fphar.2018.01140
- Hanahan, D. & Weinberg, R. (2011). Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell*, 144, 646 -674.
- Huri, M., Huri, E., Kayihan, H. & Altuntas, O. (2015). Effects of occupational therapy on quality of life of patients with metastatic prostate cancer. *Saudi Medical Journal*, 36(8), 954 –961.
- Kasl-Godley, J., King, D. & Quill, T. (2014). Opportunities for Psychologists in Palliative Care. *American Psychologist*, 365 – 376.
- Kasven-Gonzalez, N., Souveraun, R. & Miale, S. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliative and Supportive Care*, 8, 359–369.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation* (4^a ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kristjanson, L & Aoun, S. (2004). Palliative Care for Families: Remembering the Hidden Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (6), 359-365.
- La Cour, K., Joseohsson, S., Tishelman, C., Nygard, L. (2007). Experiences of engagement in creative activity at a palliative care facility. *Palliative and Supportive Care*, 5, 241–250.
- Lichtenberg, F.R. (2017) The impact of biomedical innovation on longevity and health. *Nordic journal of health economics*, 5 (1), 45-57.

Lindhahl-Jacobsen, L., Hansen, D., Cour, K. & Søndergaard, J. (2014). Evaluation of a complex intervention to improve activities of daily living of disabled cancer patients: protocol for a randomised controlled study and feasibility of recruitment and intervention. *BMC Health Services Research*, 14 (194), 1-11.

Longpré, S. & Newman, R. (2011). *The Role of Occupational Therapy in Oncology*. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.

Martincorena, I. & Campbell, P.J. (2015). Somatic mutation in cancer and normal cells. *Science*. 349(6255): 1483-1488.

Marques A. & Trigueiro M. (2011) Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo: versão portuguesa. (2ª ed.). Porto: Livpsic.

17(4), 758-764.

Moreira, A. (2008). Terapia Ocupacional: história crítica e estratégias. *Vita et Sanitas*, 2 (2), 79-91.

Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Barbosa, A., Neto, I (editores). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nogueira, R. A. (2018). O programa nacional para as doenças oncológicas. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*. 34, 104-109.

Occupational Therapy Australia. (2015). *Occupational Therapy in Oncology*. Fitzroy, VIC: Occupational Therapy Australia.

Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Othero, M.. (2010). *Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia*. São Paulo: ROCA.

Pacheco, S., Pacheco, F., Zapata, G., Garcia, J., Previale, C., Cura, H. e Craig, W. (2014). Food Habits, Lifestyle Factors, and Risk of Prostate Cancer in Central Argentina: A Case Control Study Involving Self-Motivated Health Behavior Modifications after Diagnosis. *Nutrients*, 8 (7): 419.

Penfold, S. (1996). The role of the occupational therapist in oncology. *Cancer Treatment Reviews*, 22 (1), 75-81.

Pergolotti, M., Williams, G., Campbell, C., Munoz, L. & Muss, H. (2016). Occupational Therapy for Adults with Cancer: Why It Matters. *The Oncologist*, 21, 314-319.

Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro - Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*. 7(3), 23-31.

Polatajko, H. J.; Davis, J. A. (2005). *Methods of inquiry: The study of human occupation*. In Christiansen, C.; Baum, C. *Occupational therapy: performance, participation, and well-being* (4^a ed.). USA: SLACK Incorporated.

Quaife, S., Forbes, L., Ramirez, A, Brain, K.E., Donnelly, C, Simon, A.E. & Wardle, J (2014). Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK. *Brain Journal of Cancer* 110, 12–18
doi:10.1038/bjc.2013.684

Ratna, A & Mandrekar, P. (2017). *Alcohol and Cancer: Mechanisms and Therapies*. *Biomolecules*, 7 (61), 1-20.

Queiroz, M. (2012). *Atenção em cuidados paliativos*. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 20 (2), 203-205.

Rijkema, C., Hartingsveld, M. & Stuijver, M. (2018). *Occupational therapy in cancer rehabilitation: going beyond physical function in enabling activity and participation*. *Expert Review of Quality of life in Cancer Care*; 3 (1), 1-3

Şahin, S., Akel, S. & Zarif, M. (2017). *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care*. [eMLinha]. Disponível em <https://www.intechopen.com/books/occupational-therapy-occupation-focused-holistic-practice-in-rehabilitation/occupational-therapy-in-oncology-and-palliative-care>.

Acedido a 5 de mar 2019.

Sakaguchi, S. & Okamura, H. (2015). Effectiveness of collage activity based on a life review in elderly cancer patients: A preliminary study. *Palliative and Supportive Care*, 13, 285–293.

- Sampaio, R. & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2 (4), 35-60.
- Schleinich, M., Warren, S., Nekolaichuk, C., Kaasa, T. & Watanabe, S. (2008). Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals. *Palliative Medicine*, 22, 822-830.
- Soares, L. (1991). *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec.
- Söderback, I. (2009). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* Springer.
- Suhag, V. (2005). Palliative Therapy in Cancer Patients: An Overview. *JK Science*, 7 (2), 61-66.
- Taylor, A. (2018). Occupational Therapy and the Cancer Care Continuum: Adjusting Treatment Focuses. *AOTA Continuing Education Article*, 1-10.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Whittemore, R. & Knafl, L. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553.
- Yang, L. & Colditz, G. (2014). *An Active Lifestyle for Cancer Prevention*. Oxford University Press, 106 (7), 1-3.

FACULDADE DE MEDICINA

