1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento interdisciplinar de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional dos pacientes em cuidados paliativos e cuidados prolongados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

1.1 Objetivo geral do atendimento de reabilitação em cuidados paliativos e cuidados prolongados

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do paciente, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente;
- Reabilitar o paciente e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas para a manutenção de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional;
- Incentivar e apoiar a adaptação dos pacientes à sua incapacidade, estimulando o autocuidado;
- Acompanhar o paciente em situação de dependência por meio da confecção de um Plano Terapêutico, que inclua discussão de caso em equipe clínica e visitas domiciliares;
- Reduzir tempo de internação e minimizar os riscos de complicações respiratórias, ou efeitos deletérios do leito;
- Garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

1.2 Objetivos específicos do atendimento de reabilitação em cuidados paliativos e cuidados prolongados

1.2.1 Fisioterapia

- Manter volumes e capacidades pulmonares;
- Favorecer a eliminação de secreções;
- Melhorar a resistência e força dos músculos respiratórios;
- Otimizar os sistemas de umidificação para obter adequada viscosidade de secreções;
- Monitorizar e manipular sistemas de administração de oxigênio;
- Diminuir os riscos de Trombose Venosa Profunda (TVP) devido à imobilidade;
- Evitar deformidades e contraturas que causam dor.

1.2.2 Fonoaudiologia

- Promover uma alimentação segura;
- Gerenciar o processo de deglutição;
- Reduzir o estresse relacionado à alimentação;

- Desenvolver estratégias para maximizar a comunicação oral;
- Otimizar a comunicação entre paciente-família e paciente-equipe;
- Estabelecer uma comunicação efetiva não-verbal;
- Adaptar vias alternativas de comunicação, quando necessário.

1.2.3 Terapia Ocupacional

- Manter as funções das atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), adequada à condição funcional;
- Manter o conforto de pacientes restritos ao leito, através do posicionamento e dispositivos para manutenção de articulações e prevenção de lesões por pressão;
- Valorizar necessidades vigentes e os potenciais remanescentes para o enfrentamento dos fatores relacionados à morte;
- Oferecer espaço de expressão de percepções e temores quanto à sua condição de saúde através de atividades, tais como: planejamento financeiro, passagem de heranças relacionadas aos aspectos afetivos (por exemplo tradições familiares), preparação para rituais e crenças religiosos, entre outras ocupações e funções desempenhadas pelo paciente;
- Favorecer o resgate de relações de afeto entre paciente e cuidadores/familiares;
- Orientar e treinar familiares nos cuidados domésticos.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- A equipe de reabilitação em cuidados paliativos e prolongados atua por meio de resposta a pedido de interconsulta, atendendo aos casos prescritos por médicos, residentes e/ou outros profissionais da equipe de saúde;
- Inicialmente é realizada uma avaliação com identificação do diagnóstico, objetivos e condutas a serem realizadas que passam por discussões com toda a equipe multiprofissional.

2.1. Linhas de Cuidado Interdisciplinar em Reabilitação

- Partindo do princípio da interdisciplinaridade como fundamento na prática em cuidados paliativos e prolongados, algumas áreas de intervenção exigem esforço e atenção conjunta de áreas simultâneas da reabilitação, compreendidas neste serviço pelos profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.
- Neste POP foram traçadas algumas linhas de cuidado, bem como o fluxo de encaminhamentos e intervenção, em que é fundamental a integração de todos os profissionais da reabilitação. São elas: cuidados em alimentação e comunicação.

2.1.1 Cuidados em Alimentação

- A alimentação, além de ter uma função biológica, também apresenta um caráter social, religioso e cultural muito importante na sociedade atual. A capacidade de se alimentar possibilita ao indivíduo manter seu senso de autonomia, promovendo ainda o conforto, a comunicação e interação social.

- Sob esta visão, há muita preocupação quando uma pessoa perde a capacidade de alimentar-se, uma característica que, com frequência, acompanha o processo de morte. Neste contexto, minimizar o estresse do paciente e de seus familiares e maximizar o conforto relacionado à alimentação, devem ser os objetivos finais da intervenção.
- A alimentação por via oral (VO) tem caráter multifatorial, dependendo do funcionamento conjunto dos sistemas digestório, respiratório, motor e cognitivo. Uma deglutição segura depende inicialmente de um bom posicionamento postural e de cabeça que proporcionam menor esforço e facilitam a trajetória correta do alimento; o controle respiratório e a coordenação entre respiração e deglutição evitam quedas na saturação de oxigênio e interrupções no processo de deglutição; o sistema cognitivo, por sua vez, atua desde o desejo pelo alimento até o disparo do reflexo de deglutição; já uma boa coordenação motora de membros superiores possibilita que o indivíduo se alimente sozinho, proporcionando maior autonomia.
- Desta forma, para atuação nos quadros de disfagia e dificuldade de alimentação será necessário um conjunto de diferentes profissionais, em especial aqueles relacionados à reabilitação, cujo papel destaca-se a seguir:

✓ Fisioterapeuta: atua como auxiliar no processo de alimentação ao promover melhor controle postural e fortalecimento global da musculatura, além de atuar no gerenciamento da função respiratória e na coordenação necessária à deglutição;

✓ Fonoaudiólogo: atua diretamente na disfagia, no gerenciamento da deglutição da fase oral à faríngea, inserindo alterações nas posturas, formas de alimentação e consistência dos alimentos com o objetivo de manter uma deglutição oral segura pelo maior tempo possível e reduzindo o risco de complicações decorrentes de alterações na deglutição;

✓ Terapeuta Ocupacional: atua nas adaptações estruturais necessárias, tanto para um bom posicionamento do paciente quanto para seu acesso ao alimento, de maneira a proporcionar maior autonomia, independência e qualidade de vida, bem como favorecer escolhas e preferências alimentares do paciente junto ao serviço de nutrição clínica.

- É importante ressaltar que, embora tenha sido destacado apenas os profissionais da reabilitação, compreende-se a necessidade de intervenção de outras áreas, como: a nutrição, a medicina e a enfermagem na manutenção de uma alimentação segura, com aporte nutricional adequado, pelo maior tempo possível.
- Abaixo segue o fluxo de atendimento dos profissionais, conforme as necessidades de cada paciente:

✓ Paciente não consegue permanecer sentado para a alimentação: solicitar avaliação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional;

✓ Paciente apresenta tosse e engasgos com a comida: solicitar avaliação do fonoaudiólogo;

✓ Paciente com alteração do padrão respiratório ou se queixa de “falta de ar” enquanto come: solicitar avaliação do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo;

✓ Paciente não consegue realizar a atividade de alimentar-se com autonomia/independência: solicitar avaliação do terapeuta ocupacional;

✓ Paciente apresenta dificuldade em adequar-se às rotinas de alimentação estabelecidas pela internação: solicitar a avaliação do terapeuta ocupacional;

✓ Paciente sente o alimento parado na garganta ou refere refluxo oral ou nasal: solicitar avaliação do fonoaudiólogo.

2.1.2 Cuidados em Comunicação

- A comunicação permeia todas as dimensões do ser humano. Quando a intervenção com o objetivo da cura deixa de ser o guia na atuação com o paciente, a qualidade dos relacionamentos, aqui fortemente dependentes da habilidade de se comunicar, se torna mais importante do que a própria doença.
- A comunicação é uma troca de sentimentos, conhecimentos e necessidades entre duas ou mais pessoas. No entanto, em alguns pacientes esta função pode estar comprometida, dificultando as relações interpessoais e limitando a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo, tendo também sua influência sobre a relação paciente-equipe médica, restringindo a tomada de decisões que muitas vezes devem ser escolhidas pelo próprio paciente.
- São causas das alterações de comunicação a fraqueza generalizada, fadiga, rebaixamento do nível de consciência, efeitos colaterais de medicações e comprometimentos de quadros neurológicos que podem afetar o controle respiratório, a mobilidade da musculatura de fala, a memória, entre outros.
- Nesse contexto, cabe aos profissionais otimizar ao máximo a comunicação oral residual do paciente e estabelecer vias alternativas de comunicação não-verbal a fim de suprir os desejos e necessidades do enfermo e maximizar suas relações e qualidade de vida.
- Este processo exigirá uma abordagem interdisciplinar dos profissionais da reabilitação, conforme destaca-se a seguir:

✓ Fisioterapeuta: atua de forma a garantir melhor controle respiratório para promover o fluxo de ar necessário à comunicação oral e no fortalecimento motor, nos casos em que é necessária uma via alternativa de comunicação;

✓ Fonoaudiólogo: atua na estimulação da fala e linguagem, buscando promover a readaptação da linguagem oral com melhora da compreensão e da inteligibilidade de fala, agindo se necessário no estabelecimento de uma comunicação efetiva não-verbal;

✓ Terapeuta Ocupacional: atua no estabelecimento de vias alternativas de comunicação, por meio de pranchas ou outros materiais, realizando as adaptações necessárias para suprir possíveis alterações motoras e/ou cognitivas.

- Segue o fluxo de atendimento dos profissionais, conforme as necessidades de cada paciente:

✓ Paciente emite poucas palavras por expiração, ou tem alteração do padrão respiratório enquanto fala: solicitar avaliação do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo;

✓ Paciente disártrico com prejuízo da inteligibilidade de fala: solicitar avaliação do fonoaudiólogo;

✓ Paciente com demência e dificuldade na organização e sentido do discurso: solicitar avaliação do fonoaudiólogo e do terapeuta ocupacional;

✓ Paciente afásico, com alteração da compreensão ou expressão: solicitar avaliação do fonoaudiólogo;

✓ Paciente com alteração grave na comunicação (mutismo, estereotipias ou articulação ininteligível): solicitar avaliação do fonoaudiólogo e do terapeuta ocupacional.

- A atuação de cada profissional nessas linhas de cuidado, bem como a intervenção específica em outras áreas, será descrita na próxima sessão.

2.2 Abordagem específica em reabilitação

2.2.1 Fisioterapia

- A abordagem da Fisioterapia contempla desde a mobilização no leito, mudanças posturais, transferências, locomoção e treinos funcionais. Dificuldades na realização dessas atividades podem estar relacionadas à: perda de força e alterações de tônus muscular, sensorial e/ou perceptual, do equilíbrio, da coordenação motora, da cognição, complicações cardiorrespiratórias e condição de participação (nível e conteúdo cognitivo).
- Entender os processos físicos envolvidos pode reduzir a ansiedade e angústia do paciente. A provisão de estratégias de gerenciamento capacita o paciente a recuperar o controle sobre os aspectos de sua condição, em um momento em que eles estão experimentando muitas vezes desamparo e perda de independência.
- Visando o êxito do tratamento, o fisioterapeuta utiliza procedimentos técnicos apropriados e recursos auxiliares, tais como:

✓ Cinesioterapia Respiratória:

- técnicas manuais reexpansivas;
- técnicas manuais desobstrutivas;
- aspiração de vias aéreas nasotraqueal e endotraqueal (quando indicação), após técnicas desobstrutivas;
- nebulização com soro fisiológico, se necessário, para umidificação;
- exercícios respiratórios para fortalecimento muscular;
- monitorização dos parâmetros de ventilação mecânica;
- desmame da ventilação mecânica e extubação;
- desmame da traqueostomia, troca de cânulas e decanulação;
- monitorização dos sistemas de administração de oxigênio e desmame da oxigenoterapia;
- uso de incentivadores respiratórios;
- monitorização das pressões de *cuff*;
- auxílio à equipe de enfermagem nas situações de urgência;

✓ Cinesioterapia Manual Motora:

- mobilização passiva, ativa –assistida e ativa dos pacientes acamados;
- exercícios resistidos para ganho de força;
- mudança de decúbito e posicionamento no leito durante o atendimento, quando possível;
- incentivo ao decúbito sentado e à deambulação precoce;

- uso de dispositivos para auxílio na deambulação, quando necessário, tais como: andadores, muletas e bengalas;
- utilização de dispositivos ortóticos, quando necessário,
- utilização de recursos terapêuticos para analgesia;
- aplicação de técnicas específicas para atendimento de pacientes neurológicos.

- Cuidadores e familiares também devem desempenhar um papel ativo no cuidado. O fisioterapeuta também realizará treinamentos e orientações complementares ao tratamento, para pacientes, familiares e cuidadores para que estímulos adequados sejam oferecidos ao longo do dia e não apenas durantes as sessões de Fisioterapia.

2.2.2. Fonoaudiologia

- A presença do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos e prolongados é fundamental quando colocado em prática os objetivos de uma equipe humanizada que promove o bem-estar físico, mental e social do paciente.
- Como todos os membros da equipe, a ação do fonoaudiólogo foca de maneira geral no desenvolvimento de estratégias para aumentar o conforto e reduzir as sensações desagradáveis buscando aumentar a qualidade de vida do paciente e auxiliar os familiares e cuidadores, acompanhando as mudanças do paciente com o desenvolvimento da doença.
- O trabalho do fonoaudiólogo está voltado principalmente para aspectos da comunicação (fala e linguagem), cognição e deglutição. Nesse modelo, o profissional atua no desenvolvimento de estratégias para maximizar as habilidades do paciente em se comunicar, condição para que sua autonomia possa ser exercida e respeitada em todas as situações e decisões; e sua capacidade de se alimentar de maneira prazerosa, confortável e segura.
- O fonoaudiólogo atua, portanto, como profissional interconsultor da equipe de cuidados paliativos no HC-UFTM, intervindo, conforme as necessidades específicas da equipe e do paciente.
- Quando solicitar a avaliação?

✓ Alimentação/Deglutição

- Pacientes com dificuldade em iniciar a deglutição;
- Pacientes com queixa de tosse e/ou engasgos frequentes;
- Pacientes referindo sentir o alimento preso na garganta e/ou esôfago;
- Pacientes que referem falta de ar durante a alimentação;
- Pacientes com regurgitação oral e/ou nasal do alimento;
- Pacientes com excesso de resíduo em cavidade oral após a deglutição;
- Pacientes com dificuldade no controle salivar (escape extraoral, engasgos, entre outros);
- Pacientes com queixa de redução do paladar e/ou sensação dos alimentos;
- Pacientes com perda de peso acentuada, não justificada por baixa ingesta alimentar;
- Pacientes com diagnóstico de disfagia e/ou pneumonia aspirativa;
- Outros casos em que haja suspeita de alterações no processo de alimentação.

- ✓ Comunicação
  - Pacientes com queixa de falta de ar ao falar e/ou com emissão de um número reduzido de palavras por expiração;
  - Pacientes com queixa de fadiga vocal ou afonia;
  - Pacientes com articulação pobre ou com baixa coordenação e precisão e/ou diagnóstico de disartria, ocasionando em baixa inteligibilidade de fala;
  - Pacientes com expressão verbal desorganizada, desconexa e/ou agramática;
  - Pacientes com dificuldade na evocação de palavras;
  - Pacientes com mutismo ou expressão oral limitada a estereotipias, palavras sem sentido e/ou articulação não vocalizada.
  - Pacientes com dificuldade na compreensão do discurso, ordens ou palavras;
  - Outros casos nos quais a interação entre paciente-família e paciente-equipe se veja prejudicada por alterações comunicativas.

2.2.2.1 Ações de intervenção

As ações de intervenção serão divididas em dois grupos (“deglutição” e “fala e linguagem”) para fins de exposição, embora se compreenda que uma atenção integral ao paciente inclui o olhar sobre todos os seus aspectos e, portanto, incluirá ambas avaliações e intervenções.

- **Deglutição**

✓ Ao fonoaudiólogo cabe avaliar a qualidade do processo de deglutição de alimentos, líquidos, secreções orais, saliva e medicações desde o seu controle oral até o nível faríngeo, tendo sua atuação limitada nos casos de alterações esofágicas.

✓ Durante a avaliação serão observados aspectos morfológicos, força, mobilidade, coordenação e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios, tipo de respiração, dieta recebida, qualidade vocal; presença do reflexo de deglutição, de vômito ou reflexos arcaicos, tosse espontânea ou durante a alimentação, elevação laríngea, deglutição de saliva e a deglutição funcional de alimentos de diferentes consistências.

✓ Observadas as alterações, se existentes, o fonoaudiólogo irá buscar formas de compensação e reabilitação da deglutição, com o papel de manter a deglutição segura e se possível por VO, por meio de adequações posturais de cabeça ou mudanças de posição para uma deglutição segura, modificando a consistência dos alimentos, dependendo dos achados da avaliação, orientando o oferecimento de pequenas quantidades várias vezes ao dia, ou acompanhando a deglutição assistida, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Etapas para uma deglutição segura assistida		
Etapa 1	Postura	Certifique-se de que você esta sentado confortavelmente e com a cabeça reta
Etapa 2	Relaxe	Certifique-se de que você está calmo antes de comer e beber
Etapa 3	Não Fale	Permaneça quieto antes e enquanto come e bebe
Etapa 4	Boceje	Antes da refeição, se sentir a garganta rígida, boceje para relaxar
Etapa 5	Textura	Procure evitar a mistura de solido com líquido.
Etapa 6	Programe-se	Não tenha pressa, sempre pare a alimentação quando ficar cansado. Faça pequenas e regulares refeições, e não apenas uma grande
Etapa 7	Sente-se	Permaneça sentado pelo menos meia hora após comer e beber
Etapa 8	Ao final	Após a refeição, beba pequenas doses de água para limpar a boca. Tussa para garantir que a garganta esteja limpa.

Retirado de: Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). 1ªed. 2009.

- ✓ Associado a essas modificações, o profissional também é apto a realizar estimulações passivas e exercícios ativos com o intuito de melhorar as estruturas envolvidas na deglutição e realizar o treino funcional com alimento.
- ✓ Quando a alimentação VO não é mais possível, cabe ao profissional discutir com a equipe multiprofissional e expor ao paciente e à família as alternativas razoáveis à alimentação, explicando as vantagens (via de acesso da alimentação, líquidos e medicações) e também as desvantagens (incômodo ao paciente, cuidados com o dispositivo proposto, não necessariamente o ganho de peso) de cada método, no intuito de garantir o alivio dos sintomas, aumentando o conforto, a qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, a fim de proporcionar satisfação, prazer e segurança para o paciente e seus familiares.
- ✓ Por fim, é importante ressaltar que o tratamento da disfagia em pacientes em cuidados paliativos, embora possa apresentar um caráter curativo, é predominantemente readaptativo e paliativo, exigindo a atuação de toda equipe multidisciplinar.

- **Fala e Linguagem**

- ✓ Cabe ao fonoaudiólogo avaliar as estruturas dos órgãos fonoarticulatórios, as habilidades de emissão oral, quanto às características fonético-fonológicas, morfossintáticas, semânticas e pragmáticas, bem como os aspectos suprassegmentares da fala, como o ritmo e a prosódia, além das habilidades não-verbais de comunicação: gestos e expressões corporais e faciais. Juntamente com a emissão, o fonoaudiólogo irá avaliar as habilidades de compreensão dos aspectos verbais e não-verbais, orais e gráficos.
- ✓ A partir dos dados coletados na avaliação, o profissional poderá orientar a todos que interagem com o paciente formas de maximizar a comunicação (quadro 2), utilizar-se de exercícios passivos ou ativos para ampliar a inteligibilidade de fala e desenvolver estratégias seja através da readaptação da linguagem oral ou do estabelecimento de uma comunicação efetiva não-verbal, optando, se necessário, pelo uso de uma via alternativa de comunicação.

Quadro 2: Sugestões para uma comunicação mais efetiva	
Posicionamento	Procure falar sempre de frente, olhando para a pessoa a quem se dirige, se possível deixando que a luz ilumine seu rosto.
Expressão facial e corporal	Utilize expressões faciais (sorriso, apreensão, etc.) e gestos (apontar, números, entre outros) enquanto fala, para facilitar a compreensão.
Prosódia	Utilize bastante as variações na voz (prosódia) para mostrar a emoção e permitir que o outro compreenda. Não fale rápido demais.
Dê tempo	Espere a resposta do outro, sem tentar completar as suas frases. É comum que a pessoa demore mais para responder com o avanço da doença.
Escute	Ouça atentamente, permanecendo em silêncio enquanto outro fala.

✓ Evidencia-se que todas as intervenções propostas são discutidas com a equipe, paciente e família, para que as ações sejam tomadas em comum acordo, buscando-se respeitar ao máximo a autonomia e o poder de decisão do paciente, atitude esta que a intervenção tem como objetivo maior o de assegurar.

2.2.3 Terapia Ocupacional

- A abordagem da Terapia Ocupacional preocupa-se em resgatar e restaurar potenciais que são significativos para o paciente com a finalidade de favorecer e estabelecer projetos de forma adaptada, funcional e prazerosa. Busca minimizar sintomas através do uso de abordagens e técnicas específicas com foco na autonomia, independência, resgate de papeis sociais e qualidade de vida.
- A abordagem considera a situação atual do paciente (clínica e psicossocial), seu prognóstico e perspectivas futuras, respeitando necessidades e desejos dos envolvidos, com metas realistas na busca da solução dos problemas e organização da rotina. Durante o processo terapêutico-ocupacional, as atividades propostas serão direcionadas para a problemática identificada e referida pelo paciente, seus cuidadores e demais membros da equipe de saúde para que dessa forma possa-se fazer uso de toda a gama de recursos, técnicas e métodos que vão da abordagem funcional a adaptação do ambiente. (QUEIROZ, 2012).
- Dos procedimentos são utilizados:

✓ Atendimentos Individuais;
✓ Atendimentos grupais;
✓ Prescrição e confecção de órteses e equipamentos de auxílio para AVDs e AIVDs;
✓ Dispositivos para comunicação alternativa;
✓ Atividades Lúdicas e expressivas;
✓ Atividades físicas, tais como relaxamento, massagem, posicionamento adequado no leito;
✓ Visitas Domiciliares;
✓ Orientação familiar.

- Quando solicitar?

✓ Pacientes que apresentam dificuldades para adaptar-se ao contexto hospitalar;

- ✓ Pacientes que necessitem de orientações e treino para autonomia e independência;
- ✓ Pacientes que desejam realizar atividades lúdicas e expressivas;
- ✓ Pacientes que necessitem de prescrição, confecção e treino para utilização de órteses, bem como pacientes acamados que necessitam posicionamento de conforto e prevenção de lesão por pressão;
- ✓ Pacientes e acompanhantes que necessitem de orientações para adequações no ambiente domiciliar.

3. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.2 v. : il.

OLIVEIRA, R.A. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.

FROST M. The role of physical, occupational, and speech therapy in hospice: patient empowerment. Am J HospPal-liat Care 2001. 18:397-402.

HALAR, E. M.; BELL, K.R. Imobilidade alterações e efeitos fisiológicos e funcionais da inatividade nas funções corporais. In: Tratado de medicina de reabilitação, v.2,. Manole, SP, 2002.
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 1ª ed. Online. 2009.

NATHAN I.C.; FALLON M.T.; KAASA S.; PORTENOY R.K.; CURROW D.C. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5th ed. 2015.

OLIVEIRA, M.S.C.M.; HADDAD, E.S.; KOYAMA, R.C.C. Síndrome da Imobilização. In: GREVE, J.M.D.; AMA-TUZZI, M.M. Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia. São Paulo: Editora Roca, 1999, p. 381-396

QUEIROZ, M.E.G. Atenção em cuidados paliativos. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 203-205, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Better palliative care for older people. Geneva: WHO; 2004.

4. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	08/06/2015	Confecção do POP
2	16/09/2019	Atualização do embasamento teórico, objetivos gerais do POP e funções da terapia ocupacional

Versão 1	
Elaboração Cláudia Alem Domingues Jeronimo, fisioterapeuta Hélia Morais Nomelini de Assis, terapeuta ocupacional Júlia Santos Costa Chiossi, fonoaudióloga **Aprovação** Renata Melo Batista, chefe da Unidade de Reabilitação Juverson Alves Terra Junior, chefe do Setor de Apoio Terapêutico **Registro, análise e revisão geral** Ana Paula Corrêa Gomes, Chefe da Unidade de Planejamento **Aprovação final** Colegiado Executivo	Data: 15/10/2015
Versão 2	
Revisão: Cláudia Alem Domingues Jeronimo, fisioterapeuta Hélia Morais Nomelini de Assis, terapeuta ocupacional Júlia Santos Costa Chiossi, fonoaudióloga	Data: 16/09/2019
Registro, análise e revisão geral Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento	Data: 23/10/2019
Validação Izabella Barberato Silva Antonelli, chefe da Unidade de Reabilitação	Data: 25/11/2019
Aprovação Marina Casteli Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Data: 26/11/2019

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.
® 2019, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.Ebserh.gov.br