



Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta

Terminal Cancer Patient: Perception and Approach of a Physiotherapist

Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepción y Enfoque del Fisioterapeuta

Alice Mânica Müller¹, Daiane Scortegagna², Luciane Dalcanale Moussalle³

Resumo

Introdução: A Fisioterapia conquista seu espaço cada vez mais na área da oncologia, desenvolvendo um papel importante nos cuidados aos pacientes terminais, sem possibilidades terapêuticas de cura. **Objetivo:** Compreender a relação interpessoal estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico em fase terminal. **Métodos:** O presente estudo caracteriza-se por um paradigma qualitativo, tipo estudo de caso, em que as informações foram colhidas através de uma entrevista semiestruturada. A pesquisa foi composta por 14 colaboradores entre profissionais e acadêmicos de fisioterapia que atendem pacientes oncológicos terminais em um hospital de Porto Alegre. Como metodologia para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados:** Os colaboradores revelam que é difícil não criar um vínculo com os pacientes, pois o tempo de convivência, o toque e a situação auxiliam para que haja uma relação diferenciada e mais afetiva. **Conclusão:** Constatou-se, através da análise das entrevistas, que a relação estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico em fase terminal, por mais difícil que seja lidar com esta situação, é de extrema importância para ambos e é evidenciada neste estudo como uma relação de amizade, afetividade e compreensão, necessária para a terapêutica do paciente, a fim deste se sentir importante, querido e não abandonado. Este estudo revela que o papel do fisioterapeuta diante do paciente oncológico terminal vai muito além do seu trabalho técnico e trata muito mais do que a condição física do seu paciente.

Palavras-chave: Fisioterapia (Especialidade); Oncologia; Doente Terminal; Relações Profissional-Paciente; Pesquisa Qualitativa; Porto Alegre, RS

¹Fisioterapeuta. Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* alicemm26@hotmail.com.

²Fisioterapeuta do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da UFRGS. Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* daiane.scortegagna@santacasa.tche.br.

³Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Pneumológicas da UFRGS. Universidade Feevale. Curso de Fisioterapia. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* ludalcanale@terra.com.br.

Endereço para correspondência: Alice Mânica Müller. Avenida Santa Maria, 740 - Centro. Três Coroas (RS), Brasil. CEP: 95.660-000.



INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por 7,6 milhões de mortes (cerca de 13% das mortes) em 2008. Mais de 70% das mortes por câncer ocorrem em países de média e baixa renda. Mortes por câncer no mundo são estimadas para chegar em mais de 11 milhões em 2030¹.

O câncer é uma doença caracterizada pelo crescimento celular descontrolado que leva a uma massa de células chamada neoplasia ou tumor. As neoplasias malignas invadem os tecidos vizinhos e, em geral, metastatizam-se para locais mais distantes do corpo; e estas são as grandes responsáveis por levar o paciente à terminalidade e ao óbito².

Segundo Carvalho e Silvério³, a doença terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais podem se relacionar da seguinte forma: presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico; presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes; grande impacto emocional (no paciente e familiar) relacionado à presença ou possibilidade incontestável de morte; e prognóstico de vida inferior a seis meses.

À medida que a doença progride, maior é a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida⁴.

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice* (hospitalidade), originado por Cecily Saunders e seus colegas, em 1950, disseminando pelo mundo uma nova filosofia sobre o cuidar, e não só curar, focado no paciente até o final de sua vida. A partir daí, um novo campo foi criado, o da medicina paliativa, incorporando, a essa filosofia, equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio dos sintomas⁵.

Todas as necessidades físicas, psicossociais e espirituais são consideradas importantes para os pacientes que se encontram em cuidados paliativos⁶. E podem ser alcançadas em mais de 90% dos pacientes com câncer avançado, através de cuidados paliativos¹.

A ideia de uma abordagem multidisciplinar é muito importante para os cuidados paliativos, porque implica em demonstrar que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo assim a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do paciente ou família, não somente sob uma única perspectiva⁷.

Nesse sentido, a fisioterapia possui um conjunto de recursos terapêuticos que complementam os cuidados

paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida³.

A fisioterapia contribui através de métodos de terapia manual, alongamentos, exercícios passivos e ativos para fortalecimento muscular, mobilizações articulares, alongamentos, posicionamentos, exercícios respiratórios e técnicas de higiene brônquica, suporte de O₂ e ventilação mecânica quando necessário^{8,9,10}.

Mas Silva e Hortale⁴ salientam que aprender a lidar com as perdas num contexto de uma doença crônica como o câncer é um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar.

Carvalho¹¹ aponta que o processo de formação dos cursos da área da saúde tende a imprimir uma visão impessoal e puramente biológica à questão da morte. Além de ser um tema controverso, suscita reflexões a respeito das relações teóricas e da vida prática sobre o cotidiano dos profissionais de saúde, imersos em um mundo de trabalho, estando diretamente envolvidos com a morte, parte inalienável da vida.

Marcucci⁸ acrescenta que, durante os cursos de formação profissional, primou-se pela qualidade técnico-científica, subvalorizando os aspectos humanistas. Os cursos de fisioterapia raramente abordam as necessidades dos pacientes terminais e tampouco o tema morte, resultando em profissionais que se baseiam somente em conceitos técnicos e dão pouco crédito ao relato do paciente.

Diante da escassez de pesquisas e discussões no que tange aos pacientes em estágio terminal, no campo da fisioterapia é que esse assunto se faz ainda mais necessário, considerando que todos os profissionais da saúde estão sujeitos a se depararem com pacientes nesta situação e, para isso, precisam de um melhor preparo técnico-psicológico¹².

O presente estudo tem como objetivo principal compreender a relação interpessoal estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico em fase terminal. Entre os objetivos específicos estão: conhecer as percepções e emoções do fisioterapeuta diante da morte; compreender o significado de tratar pacientes sem possibilidade de cura; identificar a abordagem paliativa e verificar se o vínculo fisioterapeuta/paciente interfere no tratamento.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por um paradigma qualitativo, tipo estudo de caso, sendo as informações colhidas por meio de uma entrevista semiestruturada e analisadas através da análise de conteúdo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de realização do trabalho, conforme Parecer nº 479/06, foi realizada a coleta dos dados, através de

uma entrevista semiestruturada, com 12 profissionais fisioterapeutas e dois acadêmicos de fisioterapia (a partir do oitavo semestre) que atendiam pacientes oncológicos terminais, contatados por intermédio da fisioterapeuta responsável pelo serviço de um hospital de Porto Alegre, referência no tratamento do câncer.

A princípio, não foi estabelecido um número pré-determinado de colaboradores, pois se realizaria conforme o interesse e disponibilidade dos profissionais/estudantes que trabalhassem no hospital, escolhidos de forma aleatória. O número de entrevistas encerrou quando as informações alcançadas foram consideradas suficientes pelo pesquisador, respondendo aos objetivos do estudo.

Foram realizadas 14 entrevistas, sendo 12 com profissionais e 2 entrevistas com acadêmicos de fisioterapia. Dos colaboradores que participaram do estudo, 3 eram do sexo masculino e 11 do sexo feminino. A faixa etária média foi de 28,3±5,1 anos de idade, tempo de formação médio de 4,2 anos e tempo de atuação na área da oncologia em 2,6 anos. Os dois acadêmicos apresentavam somente duas semanas de experiência com pacientes oncológicos.

A pesquisadora escolheu uma sala disponível nas dependências da instituição, onde houvesse silêncio e tranquilidade para que os colaboradores ficassem à vontade para a realização da entrevista. Para cada participante da pesquisa, individualmente, foi exposto o objetivo do estudo e dado o consentimento informado para ler e, após, assinar.

O roteiro da entrevista foi organizado com questões abertas e dissertativas sobre como é para o fisioterapeuta trabalhar com pacientes terminais e como lidam com isto, o que mudou nas suas vidas, como é a relação com estes pacientes, como a fisioterapia pode contribuir e quando é ou não indicada. Enfim, questões norteadoras que contemplariam os objetivos do trabalho, realizadas através de uma conversa informal, para que ficassem mais à vontade em falar sobre o assunto, evitando induzir os colaboradores e somente incentivando a reflexão.

Para manter a fidelidade das respostas, utilizou-se um gravador como recurso e todas as entrevistas foram transcritas, posteriormente, com o objetivo de facilitar a análise dos dados obtidos e submetidas à apreciação, utilizando o método de análise de conteúdo para compreender a relação interpessoal estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico terminal.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que volta sua atenção para a presença ou ausência de uma característica, ou conjunto de características, nas mensagens analisadas para atingir interpretações mais profundas e complexas.

As entrevistas transcritas foram submetidas à leitura preliminar com a finalidade de organizar as ideias, retomar

os objetivos iniciais da pesquisa e elaborar indicadores que orientem a interpretação desses dados. As recorrências nas falas foram agrupadas em categorias temáticas por meio das quais se classificou o material analisado, permitindo que os dados fossem melhor compreendidos e apresentados, favorecendo as interpretações finais.

Obedecendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisadora substituiu os nomes dos colaboradores por nomes fictícios de pedras preciosas, para representar a riqueza das suas experiências e vivências proporcionada pela assistência a pacientes em final de vida, desafiador trabalho daqueles que se dispõem a atuar nessa área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os colaboradores do estudo foram muito receptivos e a maioria respondeu a todas as perguntas com muito empenho, mostrando interesse em expor o que realmente estavam sentindo em relação ao momento vivenciado.

Os dados obtidos nesta pesquisa resultaram em uma categoria: o fisioterapeuta e o paciente terminal; e quatro subcategorias: o tratar pacientes sem possibilidade de cura, vínculo fisioterapeuta e paciente, a relação com a morte, a fisioterapia e os cuidados paliativos.

O FISIOTERAPEUTA E O PACIENTE TERMINAL

O tratar pacientes sem possibilidade de cura

Segundo alguns autores¹³, cuidar do doente constitui uma das atividades mais exigentes e desgastantes, tanto em nível físico como psíquico, a que estão sujeitos os profissionais, exigindo maturidade profissional e estabilidade emocional quando se defrontam com o paciente sem possibilidade de cura.

Os colaboradores da pesquisa foram submetidos a uma reflexão sobre como é trabalhar com pacientes oncológicos em fase terminal e revelaram que o trabalho com esse tipo de paciente não é nada tranquilo, podendo gerar estresse. Percebeu-se nos relatos que o tempo de formação e de experiência na área são os principais responsáveis por ajudar o profissional nessas situações. É o que consta nas falas a seguir:

[...] não é nenhum pouco tranquilo, é um desafio [...] (Berilo).

No início era estressante, sugava muito as energias, mas com todo esse tempo se tornou um pouco mais tranquilo [...] (Safira).

No início, eu absorvia demais o sofrimento deles, eu não conseguia manter muita distância [...] (Água-Marinha).

O trabalho dos fisioterapeutas com pacientes oncológicos foi considerado pesado, complicado, estressante; mas, com o passar do tempo, tornou-se gratificante e enriquecedor.

Silva¹⁴ afirma que lidar com pessoas que estão morrendo é um trabalho muito pesado, físico e mentalmente, deixa qualquer um emocionalmente esgotado, fisicamente exausto e completamente sufocado.

Mas McCoughlan⁷ complementa que a habilidade de estar presente com a pessoa que se sente desconfortável e trabalhar com ela para encontrar conforto é um dos maiores presentes recebidos pelos cuidadores. Aprende-se a respeitar a condição humana, a dimensionar o quão frágeis são os próprios egos, planos e sonhos. Passa-se a aprender quais devem ser as prioridades e como descartar o que não é essencial na vida.

Além de saber o significado do tratar pacientes sem possibilidades de cura, a transformação do profissional ao cuidar de pacientes terminais foi apontada a fim de melhor compreender a relação enriquecedora entre o paciente terminal e o profissional. O trabalho no campo da oncologia sempre gera algum tipo de aprendizagem, uma lição por detrás de toda esta situação. Com certeza, afeta a vida do profissional de saúde, provoca transformações e mudanças nos valores, conforme se verifica nos relatos a seguir:

Eu sempre achei que eu ganhava muito mais do que eu dava. É uma lição de vida (Água-Marinha).

Eu melhorei como pessoa, aprendi a tratar as pessoas de uma maneira diferente, aprendi a dar valor às coisas que eu não dava [...] (Safira).

A gente vê que têm coisas muito piores, a gente passa a encarar as coisas de outro jeito [...] e, às vezes, nossas dificuldades não são tão grandes, tão complicadas assim (Turmalina).

Minha percepção em relação às pessoas e ao mundo mudou muito (Ágata).

De acordo com Braz¹⁵, a relação do fisioterapeuta com pacientes oncológicos questiona muitos valores de essência humana, contribui para a sua construção como sujeito e para a incorporação de valores. Muitas coisas tidas como verdadeiras e absolutas passam a ser consideradas sem a menor importância e outros fenômenos tidos como pouco significativos tornam-se verdadeiramente significativos e se transformam na essência e no sentido da própria vida.

Vínculo fisioterapeuta e paciente

Para alguns autores¹³, tudo o que pode ser observado no processo de relacionamento entre profissional de

saúde com o paciente com câncer, particularmente os mecanismos de defesa dos profissionais, pode e deve ser objeto de estudo nesta área.

Ao serem questionados sobre a relação fisioterapeuta/paciente, os colaboradores revelaram que é difícil não criar um vínculo com os pacientes, pois o tempo de convivência, o toque e a situação auxiliam para que haja uma relação diferenciada e mais afetiva. Silva¹⁴ salienta que ser tocado são necessidades fisiológica, neurológica e psicológica. O toque é uma forma de comunicar: “estou contigo, você não está sozinho, ainda gosto de você”. E as falas a seguir demonstram isso:

O fisioterapeuta dentro do hospital é o melhor amigo do paciente [...] (Ônix).

A gente acaba criando um vínculo maior com aquele paciente que a gente tem contato por uma maior parte de tempo [...] (Safira).

Nós somos profissionais que temos mais vínculo com os pacientes, porque o tocar te dá uma certa intimidade [...] e porque estamos mais tempo com ele (Alexandrita).

Marcucci⁸ revela que a impossibilidade de cura não significa a deterioração da relação profissional/paciente, mas sim o estreitamento desta relação que certamente trará benefícios para ambos os lados. Então, os profissionais acabam criando vínculo afetivo com seus pacientes, devido ao tempo que passam cuidando dos mesmos, e também pela gravidade da doença e pelo pouco tempo de vida que resta a esses pacientes, mobilizando, assim, alguns sentimentos nestes profissionais; pois faz parte da natureza do homem a busca por envolvimento com os outros¹⁶.

Pisoler *et al.*¹⁷ esclarecem que o paciente precisa de pessoas que possam lhe dar afeto e apoio nesses momentos tão difíceis de sua existência. Ele busca um profissional que considere, respeite e dê atenção às suas necessidades, que são individuais. Esse tipo de paciente quer ter alguém com quem possa conversar sobre suas preocupações, sobretudo, ao seu real estado de saúde, o tempo de vida que ainda lhe resta, entre outras coisas. E é o que retrata a fala a seguir:

O fato de tu estar junto, compartilhar com ele aquele momento, tá do lado dele ajudando já é de grande coisa [...] (Água-Marinha).

Os pesquisados foram questionados, também, sobre como o paciente age com o profissional, se ele conversa sobre seus medos, faz confidências etc.; e segundo a concepção dos profissionais, o perfil dos pacientes é bem variado. Mas a maioria refere que os pacientes confidenciam sim, conforme mostram as citações:

[...] eles acabam te contando das dificuldades, medos, ansiedades, e tu acaba, muitas vezes, sendo um confidente, uma escuta pra eles (Turmalina).

[...] com o tempo, com a confiança, com a convivência, tu consegue conquistar esse paciente e aí ele vai te abrir um leque de confidências da vida dele [...] (Berilo).

[...] têm pessoas que conseguem se abrir, conseguem chorar, conseguem dizer que estão com medo da morte, dizem 'tô indo' ou 'tão vindo me buscar' outros nem conseguem falar a palavra morte [...] (Rubi)

Leão¹⁸ explica que os pacientes passam por longo período de tratamento e, conseqüentemente, criam vínculos muito fortes dentro do ambiente hospitalar num momento particularmente crítico de suas vidas: o momento de estar doente, emocionalmente abalado e, no caso, próximo à morte.

Então, estar junto ao paciente, criar um vínculo e partilhar com ele seus sentimentos, ansiedades e angústias, mostrando que realmente há preocupação com ele e com o que está sentindo, é o diferencial no cuidado prestado, sendo um simples gesto, um toque, o estar atento, um olhar, um sorriso carinhoso, maneiras de expressar interesse pelo outro. Pois, de nada adianta ser um profissional eficiente e eficaz na realização das técnicas, se não se trabalha com sentimento, não se permite um cuidado mais pessoal, deixando envolver-se profissionalmente com cada um na sua individualidade¹⁹.

A relação com a morte

Nossa sociedade lida com a morte através da tentativa de excluí-la do seu cotidiano e no trabalho dos profissionais de saúde a situação não poderia ser outra, uma vez que a morte deve ser recusada e negada, pois leva o profissional a se defrontar com o inevitável da finitude: a morte do paciente²⁰.

Mas, para Rodrigues e Zago²¹, o profissional que deseja trabalhar com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura precisa ter clareza do significado da sua terminalidade e da do próximo; e isto requer uma reflexão sobre o valor da vida e a reflexão da morte, como parte de um processo natural, pois este aprendizado é diferente de condutas técnicas, o lidar com a morte envolve valores, crenças, espiritualidade/religião, cultura, experiências prévias, mitos e medos.

Dessa forma, os profissionais foram levados a refletir sobre os sentimentos diante da finitude do ser, ou seja, da morte do paciente:

Angústia pela minha impotência diante desses pacientes terminais [...] (Ágata).

A gente sempre quer fazer alguma coisa a mais, mas não tem [...] a gente se sente um pouco impotente [...] cada paciente é uma perda, por mais que a gente veja, repita e saiba do final [...] (Ônix).

Tu se abala se tu perde um paciente [...] (Esmeralda).

A equipe de saúde testemunha o fracasso de sua prática justamente quanto ao enfoque no qual é treinado para curar. É uma forma de se evitar o contato com as questões levantadas pela morte, o que acaba resultando numa impossibilidade de reflexão e elaboração dos conteúdos presentes no assunto que a morte promove¹¹.

Marques, Oliveira e Marães²² explicam que a morte é vista, por muitos profissionais de saúde, como um fracasso, incapacidade ou incompetência, apesar de terem uma experiência mais próxima com a morte no contexto hospitalar, pois eles foram formados para combatê-la. A morte transforma-se em inimiga a ser enfrentada, podendo, assim, refletir a inadequação e limitações dos profissionais da saúde.

Outro ponto que foi observado neste estudo foi o fato de que os profissionais também usam dos mecanismos de defesa espirituais para evitar o sofrimento ou amenizar a angústia que esse tipo de trabalho desperta, dando força aos profissionais para continuar dando assistência a esses pacientes em final de vida. O que está bem notificado nas falas a seguir:

[...] várias vezes eu me peguei realizando uma técnica e rezando porque eu sentia, como profissional eu não vou fazer nada [...] ter fé te auxilia na questão da tua dificuldade técnica [...] (Rubi).

[...] eu acredito muito e sinto muito essa força quando eu estou saindo e voltando pra trabalhar é Deus que sabe o quanto é pesado e o quanto é gratificante trabalhar com pacientes oncológicos (Água-Marinha).

Breitbart²³ explica que as crenças religiosas podem ter um papel em ajudar os pacientes e profissionais a construir o sentido de um sofrimento ligado à doença, o que pode, por sua vez, facilitar a aceitação dessa situação.

A fisioterapia e os cuidados paliativos

Para Gutierrez²⁴, admitir que se esgotaram os recursos para o resgate de uma cura e que o paciente se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família. Condutas no plano concreto, visando ao alívio da dor, à diminuição do desconforto; mas, sobretudo, à possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da

vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento dessa morte a partir do abandono e isolamento.

Os cuidados paliativos integram as áreas multiprofissionais e essa interação faz com que o paciente tenha um suporte completo de todos os profissionais. Então, o fisioterapeuta pode atuar de forma a complementar a abordagem paliativa, a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente necessita^{8,9}.

Os colaboradores foram questionados sobre a indicação da fisioterapia no momento de fim de vida dos pacientes oncológicos:

Mesmo eles estando em fase terminal, a fisioterapia ainda é prescrita justamente pra dar mais bem-estar [...] porque só é o fisioterapeuta que mobiliza o paciente [...] (Alexandrita).

Por isso, os profissionais foram levados a refletir sobre o que seria mais importante ou urgente para o paciente sem possibilidade terapêutica de cura e como a fisioterapia poderia contribuir neste momento final da vida:

Tem muito essa parte psicológica... eu acho que eu dou mais esse apoio, de carinho e atenção do que a fisioterapia em si [...]. A gente trata como a gente quer ser tratado (Pérola).

Este relato registra uma realidade compartilhada por outros profissionais, em que fazer o melhor pelo paciente não significa utilizar-se de técnicas mais sofisticadas e nem em maior quantidade; mas, sobretudo, estar junto e saber compreendê-los.

Os cuidados paliativos visam a tratar o paciente em sua totalidade, então, a fisioterapia não objetiva somente a função, mas leva em consideração os aspectos psicológicos, espirituais e psicossociais, estimulando o paciente, ouvindo, conversando, dando atenção a ele em todas as suas dimensões; e apoio para a família.

Rodrigues e Zago²¹ complementam que é meta de todos os profissionais que atuam em cuidados paliativos preparar o paciente para uma morte tranquila e sem sofrimentos. Promover uma morte tranquila e digna para os pacientes é uma experiência rica, desafiadora e gratificante. Ajudar um paciente a morrer em paz e com dignidade é dar a ele um último presente da vida²⁵.

Entre os objetivos da fisioterapia citados pelos colaboradores da pesquisa, predominou-se conforto, qualidade de vida e o não abandono nessa fase terminal, conforme citações a seguir:

Qualidade de morte, proporcionar uma morte tranquila, conseguir ajudar o paciente a se despedir

das pessoas que ele gosta, a cumprir algumas coisas que ele queria cumprir, dar pra ele o prazer dele poder caminhar até a porta, conseguir olhar pela janela, conseguir falar com as pessoas [...] (Ágata).

[...] afeto, atenção, porque é uma pessoa que tem uma necessidade maior ainda de ter pessoas afetivas do seu lado (Diamante).

[...] tentar dar uma passagem digna pra ele, que aquela morte seja a mais natural possível [...] (Berilo).

Dar uma melhor qualidade de vida final [...] tanto na parte fisioterápica mesmo, como na parte mais psicológica [...] vai conversando, a gente tenta deixar ele mais tranquilo e também dar um suporte pra família (Ônix).

[...] Sempre tem o que fazer, terminalidade não significa abandono [...] (Alexandrita).

A fisioterapia possui um conjunto abrangente de técnicas que complementam os cuidados paliativos, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida. Entre as principais indicações estão: terapia para a dor, alívio dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, reabilitação de complicações linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar, atendimento de pacientes neurológicos, cuidados com as úlceras de pressão⁸.

Através da terapia manual, alongamentos, exercícios motores, posicionamentos, saída do leito, estímulo à marcha, o fisioterapeuta visa a reduzir a dor, auxiliar no condicionamento corporal, proporcionar relaxamento e prevenir algumas complicações, assim como os exercícios respiratórios, higiene brônquica, entre outras manobras diminuem a ansiedade, evitam complicações, reduzem sintomas desconfortantes etc. O fisioterapeuta assiste o paciente oncológico terminal, de acordo com as falas seguintes:

Caminhar alguns minutos, diariamente, fazer relaxamento [...] (Safira).

Trocas de posturas pra evitar escaras, evitar com que ele tenha retrações e perda de amplitude de movimento com a tua mobilização passiva [...] (Ágata).

Cuidados de manter a mobilidade pulmonar, manter a mobilidade dos membros, tentar fazer a pessoa levantar de uma cama, tentar fazer alguma coisa de exercício respiratório, pra que a pessoa se sinta um pouquinho viva ainda [...] (Pérola).

Mas no meio desse arsenal de recursos citados pelos colaboradores, ressaltam novamente que a fisioterapia vai além das técnicas:

[...] e até fora do contexto técnicas fisioterapêuticas, a conversa, o contato, o fato de a gente estar junto porque nós somos os profissionais que mais tempo ficam com os pacientes [...] (Água-Marinha).

O conhecimento técnico não é condição suficiente à construção de uma identidade profissional. Os profissionais devem possuir conhecimentos para a escuta, diálogo e atendimento das necessidades do paciente.

Para Fernandes e Freitas⁶, o paciente com câncer não é um paciente comum e exige do fisioterapeuta um atendimento diferenciado e um programa de reabilitação flexível, condizente com a sua situação e suas necessidades. Portanto, o fisioterapeuta deve estar preparado para lidar e assistir o paciente com problemas psicossociais e, quando necessário, precisa ajudá-lo a conviver com a doença, com a dor e dar apoio emocional ao mesmo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, observou-se que o toque, o tempo de convivência e partilhar sentimentos geram um vínculo fisioterapeuta/paciente; e este interfere diretamente, de forma positiva e saudável, no tratamento.

Foi possível perceber que a relação estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente é importante para ambos e é evidenciada, neste estudo, como uma relação de amizade, afetividade e compreensão, que auxilia o tratamento. Nessa relação, o paciente se sente importante, querido e não abandonado. Portanto, este estudo revela que a relação fisioterapeuta/paciente vai muito além do cuidado técnico e trata muito mais do que a condição física do paciente.

Cabe ressaltar que a carência de estudos qualitativos voltados à relação do fisioterapeuta com pacientes terminais dificultou a discussão dos resultados e, por essa razão, sugere-se que pesquisas similares sejam realizadas, contribuindo para a formação de um corpo de conhecimento na área.

CONTRIBUIÇÃO

Alice Mânica Müller trabalhou na elaboração, execução, análise e descrição de todo trabalho. Daiana Scortegagna contribuiu na coleta dos dados. Luciane Dalcanale Moussalle colaborou na elaboração do projeto, assistência durante todo o trabalho e redação final.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Câncer 2008 [boletim]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>
2. Fernandes Júnior HJ. Introdução ao estudo das neoplasias. In: Baracat FF, Silva MJ, Fernandes Júnior HJ. *Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Roca; 2000.
3. Carvalho RM, Silvério GC. Qualidade de vida ao paciente terminal com câncer. In: 1º Prêmio de Oncologia Novartis – Saúde Brasil; 2006.
4. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saude Publica* 2006 out; 22 (10): 2055-66.
5. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. *O mundo da saúde* 2003 jan/fev; 27(1): 58-63.
6. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002 August; 24 (2): 91-6.
7. Mccoughlan MA. A necessidade de cuidados paliativos. *O mundo da saúde* 2003 jan/mar; 27(1): 6-14.
8. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista brasileira de cancerologia* 2005; 51 (1): 67-77.
9. Dall'anese APMS. A importância da fisioterapia no grupo de cuidados paliativos pediátrico. *Revista prática hospitalar* 2006 mar/abr; 8 (44).
10. Friedrich CF, Souza RV, Ruiz SAL, Denari SC. O papel do fisioterapeuta no tratamento oncológico. In: Baracat FF, Fernandes Júnior HJ, Silva MJ. *Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Roca; 2000: 198-204.
11. Carvalho MVB. Paciente com prognóstico reservado. *Associação Brasileira de Cuidados Paliativos*. junho; 2002.
12. Fernandes FP, Freitas REJ. *Atuação fisioterapêutica em pacientes oncológicos [monografia]*. Goiás: Universidade Católica de Goiás; 2003.
13. Gambatto R, Carli FC, Guarienti RF, Silva ALP, Prado AB. Mecanismos de defesa utilizados por profissionais da saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicologia para América Latina* 2006; May 6.
14. Silva MJP. Comunicação com paciente fora de possibilidades terapêuticas: reflexões. *O mundo da saúde* 2003 jan/mar; 27(1): 64-70.
15. Braz MM. *Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais de Fisioterapia [dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
16. Lins AO. *A natureza do vínculo afetivo entre equipe multidisciplinar e o paciente oncológico que entra em fase terminal [dissertação]*. Manaus: Centro Universitário Luterano de Manaus – CEULM; 2005.



17. Pisoler LT, Drumond TC, Oliveira BL, Nehmi R, Silveira JCB, Damazio LO, et al. Humanização do atendimento a pacientes extremamente graves [anais]. João Pessoa: I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2002.
18. Leão N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: Romano WB. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994. p.137-47
19. Silva PM. O cuidado na terminalidade do ser [monografia]. Novo Hamburgo: Universidade Feevale; 2005.
20. Quintana AM, Cecim OS, Henn CG. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. Rev Bras Educ Med. 2002; 26 (3): 204-10.
21. Rodrigues IG, Zago MMF. Enfermagem em cuidados paliativos. O mundo da saúde 2003 jan/mar; 27 (1): 89-92.
22. Marques AF, Oliveira DN, Marães VRFS. O fisioterapeuta e a morte do paciente no contexto hospitalar: uma abordagem fenomenológica. Revista neurociências 2006; 14 (2): 17-22.
23. Breitbart W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. O mundo da saúde 2003 jan/mar; 27(1): 45-57.
24. Gutierrez PR. O que é o paciente terminal? Rev Assoc Med Bras. 2001; 47 (2).
25. Lago PM, Lopes MHI. Cuidados com o final da vida: como abordar este difícil tema. Scientia Médica 2005 jan/mar; 15 (1): 47-51.



Abstract

Introduction: Physiotherapy has been increasingly conquering its place in Oncology, developing an important role regarding the care for terminal diseases patients, who have no therapeutic possibilities for cure. **Objective:** To understand the interpersonal relationship established between the physiotherapist and the terminal cancer patient. **Methods:** The present study is a case-study qualitative research, in which information was collected by means of a semi-structured interview. Fourteen collaborators composed this research, both physiotherapy educators and professionals, who care for terminal cancer patients at a hospital in Porto Alegre, Brazil. For the analysis of data, the content-analysis methodology was used. **Results:** The collaborators reveal that it is difficult not to create a bond with patients, because the time of familiarity, the touch and the situation help for having a differential and more emotional relationship. **Conclusion:** The results revealed that the relationship established between the physiotherapist and the patient is of extreme importance for both of them and it is evidenced in this study as a relationship of friendship, affection and understanding, necessary for the patient therapy, so that he/she feels important, beloved, and not abandoned. This research shows that the role of the physiotherapist before the terminal cancer patient goes far beyond their technical work and treats much more than the physical condition of the patient.

Key words: Physical Therapy (Specialty); Medical Oncology; Terminally Ill; Professional-Patient Relations; Qualitative Research; Porto Alegre Cuity

Resumen

Introducción: La Fisioterapia conquistasu espacio cada vez más en oncología, desarrollando un papel importante en el cuidado de los pacientes terminales sin posibilidades terapéuticas de cura. **Objetivo:** Comprender la relación interpersonal que se establece entre el terapeuta y el paciente en fase terminal de cáncer. **Métodos:** El presente estudio se caracteriza por un paradigma cualitativo, tipo estudio de caso, donde se obtuvo la información a través de una entrevista semiestructurada. La encuesta constaba de 14 empleados entre profesionales y académicos que asisten a la fisioterapia pacientes con cáncer terminal en un hospital de Porto Alegre, Brasil. La metodología para el análisis de los datos se utilizó para el análisis de contenido. **Resultados:** Los desarrolladores revelan que no es difícil crear un vínculo con los pacientes, pues el tiempo de convivencia, el tocar y la situación ayudan a promover una relación distinta y más afectiva. **Conclusión:** Hemos encontrado a través del análisis de las entrevistas, que la relación entre el terapeuta y los pacientes terminales de cáncer, por difícil que es lidiar con esta situación, es sumamente importante para ambos y se pone de manifiesto en este estudio como una relación de amistad, afecto y comprensión, necesaria para el tratamiento del paciente, para que se sientan importantes, amados y no abandonados. Este estudio muestra que el papel del fisioterapeuta con el paciente con cáncer terminal va mucho más allá de su trabajo técnico y que trata de mucho más cosas que la condición física del paciente.

Palabras clave: Terapia Física (Especialidad); Oncología Médica; Enfermo Terminal; Relaciones Profesional-Paciente; Investigación Cualitativa; Porto Alegre