

# A Percepção dos Pacientes Portadores de Neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia

## *The Perception of the Patient Bearers of Advanced Lung Cancer before Physiotherapy Palliative Care*

## La Percepción de los Pacientes con Cáncer de Pulmón Avanzado ante los Cuidados Paliativos de la Fisioterapia

Ticiano Pinto Torres de Melo<sup>1</sup>; Élide Jane de Oliveira Maia<sup>2</sup>; Clarissa Bentes de Araujo Magalhães<sup>3</sup>; Ingrid Correia Nogueira<sup>4</sup>; Maria Teresa Aguiar Pessoa Morano<sup>5</sup>; Framartinho Carlos Silva Araújo<sup>6</sup>; Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne<sup>7</sup>

### Resumo

**Introdução:** O câncer de pulmão é uma doença altamente letal, geralmente detectado em estágios avançados. Corresponde ao terceiro tipo de tumor mais incidente no sexo masculino e no sexo feminino é o quinto tumor mais frequente. O tratamento depende do histórico do paciente, sua idade, estado geral, estágio e tipo do tumor. O fisioterapeuta detém métodos e recursos que são imensamente úteis nos cuidados paliativos, e sua atuação corrobora o tratamento multiprofissional. **Objetivo:** Descrever a percepção dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada diante dos cuidados paliativos da fisioterapia, bem como o estado de saúde em que o paciente se encontra e a principal queixa clínica relacionada à doença. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com pessoas portadoras de neoplasia pulmonar avançada que se encontravam internadas no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, em Fortaleza-Ceará, onde foi aplicado um questionário com cinco questões norteadoras em dez pacientes. **Resultados:** A partir da análise dos dados, emergiram três categorias distintas: a tristeza e sofrimento ocasionados pela doença; as limitações e incapacidades físicas no cotidiano; e a atuação da fisioterapia em relação aos cuidados paliativos. **Conclusão:** A importância do papel da fisioterapia mostrou ser de grande valor, a partir das percepções dos pacientes, sua atuação contribuiu de uma forma substancial no tratamento assistencial desses pacientes com câncer pulmonar tornando-se motivadora.

**Palavras-chave:** Neoplasias Pulmonares-diagnóstico; Neoplasias Pulmonares-terapia; Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Modalidades de Fisioterapia

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* ticianaptmelo@hotmail.com.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Graduada pela UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* elidajannemaia1@hotmail.com.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Residente de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* clarissabentes@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* ingrid\_correia\_@hotmail.com.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde pela UNIFOR. Docente da UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* ttmorano@hotmail.com.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* araujofram@hotmail.com.

<sup>7</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. *E-mail:* daniela.gardano@globo.com.  
*Endereço para correspondência:* Clarissa Bentes de Araújo Magalhães. Avenida Abolição, 1.888 - apto. 203 - Meireles. Fortaleza (CE), Brasil. CEP: 60165-080.

## INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão (CP) é uma doença altamente letal. Geralmente é detectado em estádios avançados, uma vez que a sintomatologia da doença não é detectada nos estádios iniciais da doença. No Brasil, em 2012, houve 17.210 casos novos de CP correspondendo um risco estimado de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 casos a cada 100 mil mulheres. O CP corresponde ao terceiro tipo de tumor mais incidente para o sexo masculino, perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma e próstata. Já para o sexo feminino é o quinto tumor mais incidente<sup>1</sup>.

O sintoma mais comum do CP é a tosse, que ocorre quando o tumor bloqueia a passagem de ar. Outro sintoma frequente é dor persistente de tórax, acompanhada ou não de tosse. Podem ocorrer, ainda, dispneia, hemoptise, rouquidão e edema de face e pescoço. Entre os fatores de risco, o tabagismo é o principal fator de risco do câncer pulmonar, sendo responsável por 90% dos casos. Outros fatores relacionados são certos agentes químicos, a doença pulmonar obstrutiva crônica, fatores genéticos e história familiar de câncer de pulmão<sup>2-3</sup>.

O carcinoma brônquico é uma doença irremediavelmente fatal quando não tratada. O óbito ocorre dentro de dois anos, a partir das primeiras queixas clínicas, em 97% dos pacientes que não receberam tratamento cirúrgico. A idade do paciente e a extensão da doença demonstram papel fortemente significativo nos resultados tardios. A mortalidade hospitalar fica em torno de 10%, sendo menor em indivíduos jovens e na exérese do pulmão. A expectativa de sobrevivência acima de cinco anos confirma-se em apenas 20 a 25 por cento dos operados. Essas cifras poderão se duplicar se a doença tiver sido diagnosticada na fase de confinamento no pulmão. Deve-se, por isso, considerar a ressecção pulmonar como uma terapêutica essencialmente paliativa, nos casos em que o câncer já tiver ultrapassado os limites do órgão<sup>4</sup>.

O tratamento do CP depende do histórico do paciente, de sua idade, de seu estado geral, do estágio e tipo de tumor. A cirurgia, radioterapia e quimioterapia são os métodos básicos para tratar o câncer de pulmão. Esses tratamentos podem ser utilizados separadamente ou, muitas vezes, combinados entre si<sup>5</sup>.

O fisioterapeuta detém métodos e recursos exclusivos de sua profissão que são imensamente úteis nos cuidados paliativos, e sua atuação corrobora o tratamento multiprofissional e integrado necessário para o atendimento de pacientes com câncer, podendo atuar no processo de melhora da qualidade de vida através de recursos terapêuticos como os métodos analgésicos, aplicação de técnicas que minimizem as complicações osteoarticulares, exercícios para melhora da função pulmonar, entre outros. Recursos estes que contribuem de

forma substancial no tratamento assistencial dos pacientes com câncer pulmonar<sup>6,7</sup>.

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma linha de atenção integrada aos agravos e eventos relacionados com a saúde do paciente oncológico, a fim de investigar o impacto do tratamento e os benefícios da atuação da fisioterapia. Acredita-se que o conhecimento de tais elementos contribuirá de maneira decisiva frente à atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos, a partir da detecção precoce das percepções dos pacientes viabilizando assim a implementação e estimulação da inclusão da fisioterapia em atendimentos de pacientes com câncer<sup>8</sup>.

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo descrever a percepção dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada diante dos cuidados paliativos da fisioterapia, bem como o estado de saúde em que o paciente se encontra e a principal queixa clínica relacionada à doença.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, investigativo desenvolvido no período de fevereiro a maio de 2009, com pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada no Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, em Fortaleza-Ceará. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, sob o Parecer n. 608/09 e seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do CNS<sup>9</sup>.

Participaram do estudo dez pacientes com neoplasia pulmonar avançada, com funções neurocognitivas preservadas e que realizavam tratamento fisioterápico por no mínimo uma semana. Foram excluídos os pacientes que se encontravam instáveis.

Os pacientes realizaram o tratamento fisioterápico duas vezes ao dia conforme a rotina do hospital. Os dados foram coletados após uma semana de tratamento fisioterápico. Foi escolhido o período de uma semana após o tratamento para que o paciente pudesse experimentar os possíveis benefícios da fisioterapia em relação aos sintomas psicofísicos. Os pacientes foram submetidos a entrevistas semiestruturadas que tinham como objetivo avaliar a percepção do indivíduo frente à doença e o impacto da fisioterapia frente aos agravos da doença, cujo roteiro conteve as características dos pacientes e as questões norteadoras: Como está a sua saúde hoje? Quando começou os primeiros sintomas? Quais os principais problemas emocionais enfrentados? Quais as principais mudanças no seu modo de vida? Qual a sua opinião sobre a atuação da fisioterapia no seu tratamento? As informações foram gravadas conforme a autorização dos pacientes e complementadas com diário de campo.

As informações foram organizadas em categorias empíricas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin<sup>10</sup>, fundamentando-se nas experiências

vivenciadas pelos pacientes durante o período de internação. Para garantir o anonimato dos pacientes, seus nomes reais foram modificados para nomes de flores, como margarida, rosa, entre outros, independente do sexo do indivíduo<sup>11</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados resultantes da atividade desenvolvida junto às pessoas com neoplasias pulmonares, surgiram três categorias marcantes dessa representação: *a tristeza e o sofrimento ocasionados pela doença; as limitações e incapacidades físicas no cotidiano; e a atuação da fisioterapia em relação aos cuidados paliativos.*

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O estudo foi constituído por dez pacientes, no qual a idade variou de 37 a 75 anos, com média de 58,4 anos ( $\pm 13,4$ ). Ao analisar o sexo desses indivíduos, 60% (n=6) eram do sexo feminino e 40% (n=4), do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, 20% (n=2) possuíam ensino superior, 20% (n=2), ensino médio e 60% (n=6), ensino fundamental incompleto. No tocante tempo de doença, a média foi de 1,8 anos ( $\pm 8,2$ ), variando de dez meses a três anos. Todos os participantes realizavam tratamento com fisioterapia respiratória, com a média de tempo de 1,3 anos ( $\pm 5,6$ ), variando de seis meses a dois anos.

### A TRISTEZA E O SOFRIMENTO OCASIONADO PELA DOENÇA

A tristeza e o sofrimento se caracterizam por estados emocionais intrínsecos a todo e qualquer ser humano, privado de determinada satisfação pessoal e emocional. É uma reação do organismo quando o mesmo se depara profundamente com a sua fragilidade<sup>12</sup>. A partir da fala das pessoas portadoras de neoplasias pulmonares, percebe-se que, em muitos momentos, esses sentimentos aparecem como "castigo" ou, ao contrário, o oferecimento de oportunidade de "salvação", dando a conotação de aspectos de fé e religiosidade inerente à cultura e crenças individuais.

Alguns percebem, também, que a tristeza e o sofrimento estão diretamente relacionados com as limitações impostas pela doença crônica pulmonar, porém, em muitas ocasiões, visualizam casos muito mais graves e complexos de outros, quando se deparam nas consultas de diferentes especialidades, ao observarem as salas de espera e através de conversas com outros pacientes nesses ambientes.

[...] quem tem essa doença, diz que a gente fica triste, mas porque tristeza que é uma coisa ruim, dizem que faz bem. Quem sabe o sofrimento oferece salvação das almas, quem é católico acredita perfeitamente nisso (Cravo).

[...] A gente pega aborrecimento, fica cada vez mais triste e pior é (Dendrom).

[...] – olha, ainda não estou aleijado, então isso eu procuro imitar e usar pra mim. Eu ainda tenho alguma atividade, eu não faço coisas que eu gostaria, mas procuro fazer as que eu posso e já não fico tão triste (Delfina).

A tristeza e o sofrimento, quando vivenciados por tempo prolongado, podem contribuir para o estabelecimento de quadros depressivos, com maior facilidade em idosos e doentes crônicos. A depressão é uma emoção universalmente experimentada por praticamente todos os indivíduos em alguma fase de suas vidas, muitas vezes relatadas como tristeza, saudade, angústia, desânimo etc. Detectar a diferença entre as emoções "normais" do cotidiano e a doença depressão talvez constitua no maior desafio para profissionais de saúde<sup>13</sup>.

A depressão costuma atingir 15% a 25% dos pacientes com câncer. As pessoas e os familiares que encaram um diagnóstico de câncer experimentarão uma variedade de emoções, estresses e aborrecimentos. O medo da morte, a interrupção dos planos de vida, perda da autoestima e mudanças da imagem corporal, mudanças no estilo social e financeiro são questões fortes o bastante para justificarem desânimo e tristeza<sup>14</sup>.

O paciente com câncer tem que ter a liberdade de expressar qualquer tipo de emoção, devendo ser respeitados quanto as suas crenças religiosas. O paciente bem assistido entende melhor o tratamento. A doença não traz ao paciente somente sofrimento, ela poderá também lhe trazer benefícios sobre sua visão de mundo. Ele começa a solucionar situações que antes pareciam impossíveis, descobrindo novos objetivos de vida<sup>15</sup>.

O diagnóstico do câncer tem o poder de mudar totalmente a vida do paciente. Algumas pessoas modificam completamente seus hábitos, passam a rever conceitos, valores, crenças, comportamentos e atitudes, promovendo, assim, uma reviravolta em suas vidas<sup>16</sup>.

Essa constatação é bastante sofrida, pois os indivíduos com câncer encontram dificuldades em aceitar a doença, sentem-se inseguros quanto ao tratamento e ao futuro e temem a discriminação familiar e social. Tal situação poderia de alguma forma alterar a qualidade de vida desses pacientes, influenciando o tratamento e o prognóstico da doença<sup>17</sup>.

### AS LIMITAÇÕES E INCAPACIDADES FÍSICAS NO COTIDIANO

A incapacidade para realização de tarefas consideradas simples e corriqueiras passa a ser extremamente desgastante para essas pessoas, virando fonte de sofrimento e angústia para a pessoa com câncer. O surgimento de sentimentos de dependência e a da vergonha dos sinais e sintomas é retratado conforme os depoimentos dessas pessoas.

[...] eu fico com muita vergonha de tossir, meu marido disse que eu tusso muito alto, tem que tossir mais baixo, é uma coisa que não dá pra controlar, que nem a falta de ar (Delfina).

[...] eu também tenho vergonha de tossir, não gosto de incomodar os outros (Margarida).

[...] eu tenho dificuldade de andar muito rápido, correr, fazer algum exercício muito rápido, fazer as atividades de casa, me dá muita canseira, muita falta de ar, tenho dificuldade de varrer, de passar pano, a poeira faz mal pro pulmão, me sinto sufocada às vezes, parece que fica tudo trancado, me dá uma agonia (Estrelícia).

[...] eu sinto vontade de fazer e não posso, que é colocar minha netinha pra dormir, mas ela dorme no andar de cima, tem que subir escada, eu fico muito cansada. Então isso daqui é uma dificuldade que eu tenho que me deixa triste (Íris).

[...] É muito difícil viver com a doença, só sabe como é quem passa. Mas primeiro tem que tentar né, mas é difícil e é muito triste, a gente pensa assim: – Oh, meu Deus eu vejo uma senhora bem velhinha, que é a minha vizinha, ela, varre a casa, anda de ônibus, lava a roupa, passeia, eu não consigo fazer isso, é muito triste, tenho que ter sempre uma pessoa, eu tenho dificuldade pra entrar num carro, pra caminhar, pra fazer as coisas em casa (Lilac).

Nas falas acima, aparecem claramente às sobreposições entre as categorias tristeza e sofrimento e limitações e incapacidades físicas no cotidiano, referidas anteriormente como situações que retroalimentam negativamente a vida das pessoas com câncer. O movimento e a atividade física são inerentes ao ser humano, e a experimentação de limitações aos movimentos simples, como caminhar, e as repercussões nas esferas familiar, social, sexual são extremamente angustiantes. Essa retroalimentação negativa fica clara quando nota-se que grande parte da tristeza declarada é devido ao "*eu sinto vontade de fazer e não posso*" causando ainda mais tristeza e sofrimento, reforçando as chances do aparecimento de quadros depressivos.

Diminuição de energia, cansaço e fadiga são comuns devido ao importante gasto energético intrínseco na pessoa com câncer. O indivíduo pode relatar fadiga persistente sem esforço físico e mesmo as tarefas mais leves parecem exigir um esforço substancial<sup>18</sup>. Esse fato é constatado com as pessoas entrevistadas, a partir de suas falas e representações, apontando a segunda categoria firmada que são as limitações e incapacidades físicas no cotidiano. A fadiga acomete mais de 75% dos pacientes, em especial após o primeiro ciclo de quimioterapia, nos períodos de cuidados paliativos ou em estágios mais avançados<sup>19</sup>.

Com a melhora da condição clínica e a melhor qualidade de vida alcançada pelas pessoas com câncer que estão realizando fisioterapia, surge a terceira e última

categoria mapeada nesta pesquisa, atuação da fisioterapia em relação aos cuidados paliativos.

## ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS

A medicina tem passado por profundas mudanças no modo com que cuida dos pacientes nas últimas décadas. A medicina aplicada no século XXI segue dois modelos: o modelo curativo e o modelo paliativo. No modelo curativo, a ênfase é dada ao entendimento fisiopatológico das doenças mais do que à própria doença e ao doente. A investigação, o diagnóstico, a cura e o aumento da sobrevida tornaram-se o foco de tal abordagem, e o foco humano em si ficou sacrificado pela ciência e tecnologia. Pessoas com doenças fora de possibilidades de cura, especialmente aqueles com câncer, ainda são submetidos a abordagens agressivas de tratamento curativo, mesmo quando este se torna impossível. O modelo paliativo é centrado no paciente em si, tendo como essência não apenas a atenção às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas e espirituais dos pacientes<sup>20</sup>.

O conceito de qualidade de vida também tem sido utilizado para justificar indicações terapêuticas paliativas de resultados questionáveis, quando deveria ser incorporado à prática oncológica para apoiar decisões médicas e estabelecer a validade dos tratamentos aplicados<sup>21</sup>.

A inserção dos pacientes com câncer de pulmão, em um programa de atuação multiprofissional, composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, terapeuta ocupacional, pode contribuir para uma melhor condição de vida dos pacientes oncológicos<sup>11</sup>.

O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, apresenta fragilidades e limitações bastante específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual. Trata-se daquele paciente, para o qual a ciência não possui recurso para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo<sup>22</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, conceituou cuidados paliativos como o cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo prioritário o controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual, tendo como objetivo proporcionar a melhor qualidade de vida para pacientes e família<sup>23</sup>.

O fisioterapeuta é um dos profissionais que trabalha de forma direta com o paciente oncológico, não só durante seu processo de reabilitação, mas também na fase paliativa da doença, quando a dor é o sintoma mais frequente e causa de sofrimento desse paciente<sup>8</sup>. Tendo como objetivos: minimizar o sintoma de dor, intervir nos

sintomas psicofísicos como estresse e depressão, manter e/ou otimizar a capacidade respiratória e funcional desse paciente, ou seja, mantê-lo ativo, para que possa realizar as atividades de vida diária básicas<sup>11</sup>.

[...] A atuação é boa, me dou tão bem, melhora o cansaço, eu fico maravilhosa, quando a fisioterapia sai daqui, minha respiração melhora, coloco muito catarro pra fora, acordo melhor, sinto que vou durar mais (paciente chora). Não fico melhor só na respiração não, me sinto melhor em tudo (Cravo).

[...] Graças a Deus existe neste mundo gente que tem essa profissão com grande habilidade, que cuidam de nós. Agora quando a gente vem fazer fisioterapia, a gente sai daqui bem melhor do que quando a gente chegou, não é verdade? (Flox).

[...] Agora sempre nas crises, nunca senti falta de ar, sempre era o catarro, tosse, e de vez em quando a febre que dava o alarme, agora aqui que estou tendo esta oportunidade de fazer a fisioterapia para melhorar o modo de vida da gente, estou muito contente (Genistra).

[...] Eu fico muito bem, queria ter feito antes a fisioterapia, acho que, hoje em dia, estaria melhor. Aqui no hospital, é muito boa, a gente aprende a respirar melhor, e diminui a tosse, melhora a falta de ar, faço fisioterapia há dois anos, sinto que melhoro mesmo, mas às vezes tem as crises, mas é porque essa doença é ruim mesmo (Estrelícia).

[...] Eu não conhecia a fisioterapia, conheci aqui no hospital, não sabia o que era, já tinha ouvido falar. Nunca pensei que fosse melhorar tanto, com a fisioterapia (Íris).

A fisioterapia tem uma atuação fundamental dentro da oncologia. A preocupação dela não é focal, mas sistêmica. Ou seja, não se preocupa apenas com o local afetado pelo câncer, mas com a repercussão do problema em todo o organismo da pessoa, além da sua autoestima e qualidade de vida. A principal meta da fisioterapia oncológica é mostrar ao paciente a necessidade de retomar as atividades diárias e oferecer a ele condições para isso<sup>24</sup>.

Os problemas encontrados nos pacientes oncológicos são multifatoriais e complicados pela evolução inexorável da doença subjacente e seu tratamento. Como por exemplo, fraqueza geral, o segundo problema mais comum de reabilitação, e poderia ser decorrente como resultante de inúmeros fatores, incluindo os seguintes: efeitos mecânicos causados pelo tumor primário ou suas metástase no sistema nervoso central ou periférico, efeitos provenientes da radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, problemas nutricionais relacionados ao câncer, síndrome do imobilismo e disfunções de caráter psicológico<sup>25</sup>.

## CONCLUSÃO

Entender acerca da vida cotidiana que se passa com o doente é seguramente o melhor caminho para a aproximação, a criação do vínculo e a adesão ao tratamento proposto ao doente, contribuindo, assim, para resultados satisfatórios, diante do tratamento estabelecido.

Os cuidados paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada para o tratamento de pacientes sem possibilidade de cura, minimizando os sintomas e aumentando a qualidade de vida. Para isso, necessita-se de uma equipe interdisciplinar apta a compreender todas as necessidades físicas, psicológicas e espirituais presentes nestes casos.

A percepção dos pacientes portadores de neoplasias pulmonares diante dos cuidados paliativos da fisioterapia mostrou ser de grande importância, minimizando os sintomas e promovendo o interesse à vida, contribuindo, assim, para a independência funcional dentro de suas possibilidades. As respostas obtidas com a fisioterapia fazem os pacientes terem a sensação de melhora e estabilização do quadro clínico, tornando-se motivadora.

O resgate dessa motivação se reflete em vários sentidos; mas, na maioria, se destacaram na alegria e felicidade da vida dessas pessoas e suas famílias. Esse aspecto deve ser o mais importante a ser considerado. Em oposição ao tecnicismo que predomina atualmente nas práticas de saúde, percebeu-se que muitas das técnicas e tecnologias utilizadas em prol do paciente não surtem efeitos, talvez a explicação seja porque estejam na maioria das vezes focadas na doença e não no doente.

Este estudo possibilitou uma visão mais ampliada da prática assistencial da fisioterapia em relação aos cuidados paliativos com os pacientes com câncer, trazendo resultados satisfatórios para os profissionais, pacientes e familiares, que, pela a ação conjunta, participam no compartilhar e na contribuição de saberes em busca de um novo olhar para um viver mais saudável.

## CONTRIBUIÇÕES

Ticiania Torres de Melo, Élideia Maia e Maria Teresa Morano contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados. Clarissa Magalhães e Ingrid Nogueira contribuíram na obtenção e/ou análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Framartinho Araújo e Daniela Mont'Alverne contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na redação e revisão crítica.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 Set 10]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
2. Ferreira NMLA. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. *Rev bras cancerol.* 1996; 42(3):161-70.
3. Sabas CV, Lustosa AML, Barbosa CNB, Texeira JMR, Brito LXE, Soares LFM, et al. *Oncologia Básica*. 1 ed. Piauí: Fundação Quixote; 2012.
4. Teixeira J. *Câncer do pulmão: epidemiologia, patologia, diagnóstico e tratamento cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
5. Porter S. *Fisioterapia de Tidy*. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
6. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51(1):67-77.
7. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51(4):339-46.
8. Melo AGC. Os cuidados paliativos no Brasil. *Mundo Saúde* 2003; 27(1):58-63.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996 Out 16. Seção 1, fls. 2082-5.*
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Lisboa (PT): Ed. Setenta; 2004.
11. Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. Verçosa N, Juver JPS. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. *Rev Bras Anestesiol.* 2008; 58(3):30-4.
13. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saúde* 2003; 27(1):15-32.
14. Pimenta CAM. Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. *Mundo Saúde* 2003; 27(1):98-110.
15. Trindade EMV. Uma perspectiva histórica do sofrimento humano: considerações éticas no âmbito da saúde. *Rev saúde Dist Fed.* 2004; 15(1/2):9-18.
16. Gouveia Filho JJ, Gadelha MIP. Dor e câncer. *Rev Bras Cancerol.* 1992; 38(4):125-9.
17. Battaglini CL, Bottaro M, Cambell JS, Novaes J, Simão R. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. *Rev Bras Med Esporte.* 2004; 10(2):98-104.
18. Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre (RS): Sulina; 2001.
19. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
20. Menezes RA. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
21. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(3):504-8.
22. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Rev Bras Cancerol.* 2006; 52(1):97-109.
23. Sales CA, Alencastre MB. Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(5):566-9.
24. Faria L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2010; 17(supl.1):69-87.
25. Xavier D. A história e a evolução da fisioterapia oncológica [Internet]. 2009 [acesso 2012 Abr 12]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-historia-e-a-evolucao-da-fisioterapia-oncologica/17226/>.

### Abstract

**Introduction:** Lung cancer is a highly lethal disease, usually detected in advanced stages. Corresponds to the third highest incidence in males and is the fifth most frequent tumor in females. The treatment depends on the patient's medical history, his age, general condition, type and stage of the tumor. The physiotherapist holds methods and resources that are immensely useful in the palliative care, and its performance corroborates with the multi-professional treatment.

**Objective:** To describe the perception of patients with advanced lung cancer on physiotherapy palliative care, the patient health status and the main clinical complaints related to the disease. **Method:** This was a qualitative research on 10 advanced lung cancer individuals admitted to Messejana Dr. Carlos Alberto Gomes Studart Hospital in Fortaleza-Ceará applied with a five-guiding questions questionnaire. **Results:** data analysis revealed three distinct categories: the sadness and suffering caused by the illness; the limitations and disabilities in daily life and the performance of the physiotherapy in relation to the palliative care. **Conclusion:** From the patients perceptions, the role of physiotherapy showed to be of great value, with its actions contributing with motivation in a substantial assistance in the treatment of patients with advanced lung cancer.

**Key words:** Lung Neoplasms-diagnosis; Lung Neoplasms-therapy; Palliative Care; Physical Therapy Specialty; Physical Therapy Modalities

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de pulmón es una enfermedad altamente letal, normalmente detectada en etapas avanzadas. Corresponde al tercer tipo de tumor más incidente entre los varones y entre las mujeres el quinto más frecuente. El tratamiento depende del historial del paciente, su edad, su salud en general, la etapa y el tipo de tumor. El fisioterapeuta tiene métodos y recursos que son de inmensa utilidad en los cuidados paliativos, y su desempeño ratifica el tratamiento multiprofesional. **Objetivo:** Describir la percepción de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado ante los cuidados paliativos de la fisioterapia, así como el estado de salud que se encuentra el paciente y la principal queja clínica relacionada con la enfermedad. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa hecha con personas que tienen cáncer pulmonar avanzado que fueron ingresados en el Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, en Fortaleza-Ceará. Para ello, se administró un cuestionario de cinco preguntas orientadoras en diez pacientes. **Resultados:** A partir del análisis de datos, surgieron tres categorías distintas: la tristeza y el sufrimiento causado por la enfermedad, las limitaciones físicas y las discapacidades en la vida cotidiana; y el papel de la fisioterapia en la atención paliativa. **Conclusión:** El importante papel de la terapia física resultó ser de gran valor, a partir de las percepciones de los pacientes, su desempeño ha contribuido substancialmente en el tratamiento asistencial de pacientes con cáncer de pulmón convirtiéndose en motivacional.

**Palabras clave:** Neoplasias Pulmonares-diagnóstico; Neoplasias Pulmonares-terapia; Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Modalidades de Fisioterapia