

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE ENSINO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA**

Agatha da Silva Leal Santos

Fisioterapia nos Cuidados Paliativos Oncológicos: visão de pacientes e cuidadores

Rio de Janeiro – RJ

2019

Agatha da Silva Leal Santos

Fisioterapia nos Cuidados Paliativos Oncológicos: visão de pacientes e cuidadores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes
da Silva como requisito parcial para a conclusão
da *Residência Multiprofissional em Oncologia/
Curso de Fisioterapia.*

Orientadoras: Marianna Brito de Araujo Lou
Flavia Orind Ferreira

Rio de Janeiro – RJ

2019

Resumo

Fisioterapia nos Cuidados Paliativos Oncológicos: visão de pacientes e cuidadores

Introdução: O paciente fora de possibilidades de cura apresenta fragilidades e limitações particulares, com necessidade de um modo específico de cuidar. Nesse contexto, a fisioterapia desempenha um papel fundamental na medida em que promove o controle e/ou minimiza os sintomas experimentados por esses pacientes. **Objetivo:** Compreender a visão dos pacientes e de seus cuidadores sobre a intervenção fisioterapêutica durante a internação do Hospital do Câncer IV (HCIV). **Método:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa realizado por meio de entrevistas. **Resultados:** Foram realizadas 34 entrevistas e após a análise dos dados constatamos que apesar dos entrevistados não terem uma definição clara sobre o que é a fisioterapia, as falas revelaram que a fisioterapia nos cuidados paliativos é valorizada por eles. Para os entrevistados os benefícios alcançados vão além da reabilitação física, promovendo acolhimento, motivação, confiança e segurança. **Conclusão:** Compreender como os cuidadores e principalmente os pacientes percebem os cuidados prestados foi importante para atender suas demandas e expectativas. Esse estudo permitiu ampliar o olhar sobre os cuidados fisioterapêuticos aos pacientes sem possibilidades de cura.

Palavras-chaves: Fisioterapia; Neoplasias; Cuidados Paliativos

Abstract

Physiotherapy in Oncologic Palliative Care: patients and their caregivers` view

Introduction: A patient who cannot be healed during the progression of the illness, presents fragility and particular limitations, which brings about a customized way of treating them. In this way, physiotherapy plays an essential role, since it provides control and/or minimizes the symptoms experienced by such patients. **Objective:** To understand patients and caregivers` view on physiotherapeutic hospitalization in Hospital do Câncer IV (HCIV). **Method:** This is a cross-sectional and descriptive study, of qualitative approach, carried out by means of interviews with hospitalized patients and caregivers in HCIV. **Results:** 34 have been interviewed, and after data analysis, although the respondents do not have a very clear definition of what physiotherapy is, their talk has revealed how much they value it in palliative care. For patients and caregivers, the achieved benefits go beyond physical rehabilitation; they promote hosting, motivation, reliability and safety. **Conclusion:** Understanding how caregivers and especially patients perceive the care they are given is important to meet their needs and expectations.

Keywords: Physiotherapy; Neoplasms; Palliative care

Introdução

O câncer é uma das principais causas de mortes no mundo, sendo responsável por 9,6 milhões de mortes no ano de 2018¹. Estima-se para cada ano do biênio 2018/2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no Brasil².

Diante das novas modalidades terapêuticas, o câncer que no passado apresentava-se de forma potencialmente fatal, nos dias atuais, passou a ser considerado uma enfermidade crônica³. Se por um lado o progresso biotecnológico aumentou as taxas de cura e prolongou a vida, por outro, as terapias utilizadas para preservar a vida a qualquer custo podem levar a uma morte mais prolongada e sofrida⁴. O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em fase terminal, mas durante todo o período de progressão da doença, apresenta fragilidades e limitações particulares e de natureza diversa como física, psicológica, social e espiritual, havendo necessidade de um modo específico de cuidar. O cuidado direcionado aos pacientes nessa fase em que a doença progrediu, apesar do tratamento, e tornou-se irreversível é denominado de cuidado paliativo⁵.

Segundo a OMS⁶, os cuidados paliativos compreendem “a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Nesse cenário, a abordagem multidisciplinar é extremamente pertinente, visto que nenhuma categoria profissional isolada consegue abranger todos os aspectos advindos da doença e do seu tratamento. Destaca-se a significância do trabalho coletivo para garantia de uma assistência integral⁷, devendo a equipe ser composta por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas.

A fisioterapia desempenha um papel fundamental, promovendo controle e/ou minimizando sintomas. Dentre os sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos oncológicos podemos citar dor, fadiga, dispneia, náuseas e ansiedade. Esses sintomas podem ocorrer tanto pela evolução da doença quanto por sequela do tratamento e frequentemente ocasionam perda da funcionalidade, influenciando negativamente na qualidade de vida^{8,9}.

A fisioterapia auxilia na otimização da função respiratória e motora, mantendo o paciente ativo para que ele possa realizar as atividades básicas de vida diária de com o mínimo auxílio, melhorando sua qualidade de vida^{10,11,12}. Outro aspecto relevante da abordagem fisioterapêutica é o caráter preventivo, ou seja, antever possíveis complicações e intervir para prevenção destas, promovendo orientação aos pacientes e cuidadores^{10,11}.

A abordagem fisioterapêutica deve incorporar aspectos espirituais e psicossociais, ampliando o olhar sobre o cuidado, oferecendo um espaço de comunicação efetiva de fala e escuta, dando atenção aos mesmos em todas as suas dimensões, bem como apoio aos familiares^{10,14}. No entanto, na literatura há uma escassez de estudos qualitativos que descrevem a experiência da abordagem fisioterapêutica na perspectiva de cuidadores e pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

A realização deste estudo objetivou compreender a visão dos pacientes e de seus cuidadores sobre a intervenção fisioterapêutica durante a internação nas enfermarias do Hospital do Câncer IV (HCIV). De forma complementar, foi descrito o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e cuidadores entrevistados. Buscamos assim, melhorar a abordagem do fisioterapeuta e inovar práticas assistenciais fisioterapêuticas em cuidados paliativos.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa. O campo de estudo foi o HCIV, unidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA) responsável pelo atendimento aos pacientes em cuidados paliativos.

Foram incluídos pacientes internados no período de julho a novembro de 2018, que haviam recebido, no mínimo, três atendimentos fisioterapêuticos, com 18 anos ou mais e que apresentaram KPS maior ou igual 30%. Também foram incluídos cuidadores que participaram ativamente do cuidado a esses pacientes no período de internação.

Foram excluídos pacientes clinicamente instáveis e com dificuldades cognitivas que os impossibilitassem de responder às perguntas. Também foram excluídos cuidadores sem condições cognitivas para responder às perguntas.

As entrevistas foram aplicadas em momentos distintos entre paciente e cuidador, quando possível, para que não houvesse nenhum tipo de influência nas respostas. Os pacientes foram entrevistados individualmente à beira leito e os cuidadores em uma sala de acolhimento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. As informações obtidas foram áudio-gravadas e transcritas, buscando descrever de forma fiel todos os relatos.

Para os pacientes foi seguido o roteiro: O que você entende por Fisioterapia? Você sabe por que está fazendo Fisioterapia? Acha importante fazer? Como está sendo a fisioterapia para você? Como você percebe o cuidado do fisioterapeuta? Você percebeu alguma diferença após o início do atendimento fisioterapêutico? O que você espera da Fisioterapia? Em que mais a Fisioterapia pode te ajudar? Já fez fisioterapia antes de vir para esse hospital? Para os cuidadores utilizamos o seguinte roteiro: O que você entende por Fisioterapia? Você sabe por que seu familiar está fazendo Fisioterapia? Acha importante os pacientes internados serem acompanhados pela fisioterapia? Como você percebe o cuidado do

fisioterapeuta durante o atendimento ao seu familiar? Percebeu alguma diferença no quadro do seu familiar após o início do atendimento fisioterapêutico? O que você espera da Fisioterapia?

Para a construção do perfil, os dados dos pacientes foram coletados por meio do levantamento de informações dos prontuários. As informações dos cuidadores foram indagadas aos próprios no momento da entrevista.

A quantidade de pessoas a serem entrevistadas ocorreu com o princípio da saturação teórica. De acordo com esta técnica, a coleta dos dados deve ser cessada no momento em que se conclui que os elementos obtidos até o momento são suficientes para subsidiar as interpretações desejadas¹⁴. De acordo com Minayo¹⁵, “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”.

As informações apreendidas nas entrevistas foram analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo¹⁶. Nesta análise, o texto significa a expressão do sujeito e o pesquisador buscará categorizar esse texto em palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as representem¹⁷.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram inseridos em um banco de dados no programa Excel e realizada a análise descritiva utilizando as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e frequência para as variáveis categóricas. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 16 de julho de 2018 (nº 2.771.627). Os participantes deste estudo foram informados sobre os objetivos do trabalho, tiveram a garantia de sigilo de suas informações pessoais e assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Visando garantir o anonimato, seus nomes foram substituídos por códigos (P -pacientes e C -cuidadores).

Resultados e Discussão

1.1. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes e cuidadores

Participaram deste estudo 19 pacientes e 15 cuidadores, totalizando 34 indivíduos. Entre os pacientes, a média de idade foi de 52,63, a maioria era do gênero feminino (63,2%), declarou-se de cor não branca (52,6%), não possuía companheiro (57,9%), possuía 9 a 12 anos de estudo (78,9%), possuía benefício previdenciário (70,6%) e renda de 1 a 3 salários mínimos (41,2%). A média de tempo de acompanhamento oncológico em outro Hospital do Câncer foi de 68,3 meses e a média de tempo de acompanhamento no HCIV foi de 7,1 meses. Quanto às clínicas de origem, a maior parte dos pacientes era proveniente da ginecologia e cabeça e pescoço (42,2%). Com relação aos sítios de metástases, 26,5% dos pacientes possuíam doença localmente avançada e 20,4% metástases ósseas. O principal motivo de internação hospitalar foi dor (31,8%) e os motivos para intervenção terapêutica foram fadiga (89,5%) e dor (63,1%) (Tabela 1).

A média de idade dos cuidadores foi de 44,60 anos, a maioria era do gênero feminino (86,7%), declarou-se de cor não branca (66,7%), não possuía companheiro (60%), possuía 9 a 12 anos de estudo (73,3%) e renda de 1 a 3 salários mínimos (53,3%). A maioria deles possuía algum grau de parentesco com o doente (93,4%) e participava dos seus cuidados, especialmente da higiene (93,3%) e alimentação (86,7%) (Tabela 2).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas – Pacientes

Variáveis	N	%
Idade		
Média (\pm DP)	52,63 (14,28)	
Gênero		
Feminino	12	63,2
Masculino	7	36,8
Raça/cor da pele		
Branca	9	47,4
Não branca	10	52,6
Estado Conjugal		
Com companheiro	8	42,1
Sem companheiro (solteira, divorciado)	11	57,9
Escolaridade (anos de estudo)		
\leq 8 anos	4	21,1
9 a 12 anos	15	78,9
Situação previdenciária		
Benefício	12	70,6
Não	4	23,5
Sem informação	1	5,9
Renda		
1 salário	2	11,8
1-3 salários	7	41,2
> 3 salários	2	11,8
Sem rendimento	5	29,4
Sem informação	1	5,9
Óbito		
Sim	15	78,9
Não	4	21,1
Tempo no INCA (meses)		
Média (\pm DP)	68,3 (173,1)	
Mediana (min-max)	21,2 (1,0-773,2)	
Tempo no HCIV (meses)		
Média (\pm DP)	7,1 (13,5)	
Mediana (min-max)	2,2 (0,8-49,6)	
Clínica de origem		
Ginecologia	4	21,1
Cabeça e Pescoço	4	21,1
TOC	3	15,8
Mama	2	10,5
Urologia	2	10,5
Abdômen	2	10,5
Tórax	2	10,5

Atendimento pela Fisioterapia na unidade de origem		
Sim	14	73,7
Não	5	26,3
Sítio de metástase (pacientes com mais de um sítio de metástase)		
Localmente avançado	13	26,5
Óssea	10	20,4
Linfonodos	7	14,3
Pulmonar	8	16,3
Peritônio	3	6,1
Hepática	2	4,1
SNC	2	4,1
Outros	4	8,2
KPS		
30%	3	15,8
40%	9	47,4
50%	4	21,1
60%	3	15,8
Motivo da internação (mais de um motivo por paciente)		
Dor	7	31,8
Astenia, anemia, hiporexia, vômitos, diarreia	2	3,8
Dispneia, infecção respiratória	3	5,7
Parestesia, parestesia, plegia MMII	3	5,7
Crise convulsiva	1	1,9
Queda do estado geral, agitação, desorientação	3	5,7
Transferência	3	5,7
Sinais e sintomas (mais de um sintoma por paciente)		
Dor	12	63,1
Dispneia	6	31,6
Fadiga	17	89,5
SCM/SCR	3	15,8
Metástase óssea	8	42,1
Linfedema/ edema	4	21,1
TVP	2	10,5
Sintomas neurológicos	5	26,3
Hipersecretividade	1	5,2
Condutas realizadas		
Funcionalidade		
Cinesioterapia motora	10	71,4
Ortostatismo	6	31,6
Treino de marcha	1	5,2
Deambulação	6	31,6
Analgesia		
Crioterapia	8	42,1
Calor superficial	2	10,5
TENS	6	31,6
Auriculoterapia	4	21,1
Técnicas miofasciais	1	5,2
Tratamento para linfedema/edema		
Enfaixamento	2	10,5
Exercícios miolinfocinéticos	1	5,2
Estabilização segmentar		
Colete Putti	4	21,1

Sarmiento	1	5,2
Auxiliar de marcha (andador, bengala)	2	10,5
Colar (espuma, Philadelphia)	5	26,3
Prevenção de quedas		
Marcha com auxílio/supervisão de terceiros	5	26,3
Adaptação de auxiliar de marcha	2	10,5
Adaptação de cadeira de rodas	1	5,2
Controle de dispneia/secreção respiratória		
Cinesioterapia respiratória	6	31,6
Medidas de conforto	1	5,2
Prevenção de complicações da imobilidade		
Cinesioterapia passiva	1	5,2
Orientação para mudanças de decúbito	5	26,3
Posicionamento no leito	5	26,3
Cinesioterapia ativa-assistida	2	10,5
Estímulo a sedestação	6	31,6
Outras condutas		
Incentivo a funcionalidade	4	21,1
Orientações ao cuidador	7	36,8
Otimização energética	1	5,2

Tabela 2: Características sociodemográficas – Cuidadores

Variáveis	N	%
Idade		
Média (\pm DP)	44,60(13,141)	
Gênero		
Feminino	13	86,7
Masculino	2	13,3
Raça/cor da pele		
Branca	5	33,3
Não branca	10	66,7
Estado Civil		
Com companheiro	6	40,0
Sem companheiro	9	60,0
Escolaridade (anos de estudo)		
\leq 9 anos	3	20,0
9-12 anos	11	73,3

Graduação	1	6,7
Profissão		
Com vínculo empregatício	6	40,0
Sem vínculo empregatício	9	60,0
Renda per capita familiar		
1 salário mínimo	4	26,7
1-3 salários mínimos	8	53,3
> 3 salários mínimos	1	6,7
Sem rendimento	2	13,3
Grau de parentesco		
Nenhum	1	6,7
Marido/ esposa	4	26,7
Filho(a)	3	20,0
Irmão(a)	3	20,0
Outros	4	26,7
Cuidados – Higiene		
Sim	14	93,3
Não	1	6,7
Cuidados – Alimentação		
Sim	13	86,7
Não	2	13,3
Cuidados – Medicação		
Sim	11	73,3
Não	4	26,7
Cuidados – Locomoção		
Sim	9	60,0
Não	6	40,0

1.2. Visão de pacientes e cuidadores sobre a intervenção fisioterapêutica

Após a análise das falas, construímos quatro categorias temáticas que expressam o que pacientes e cuidadores compreendem sobre a fisioterapia (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorias Temáticas

CATEGORIAS
DEFINIÇÃO DE FISIOTERAPIA
IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA E RESULTADOS ALCANÇADOS
ANSEIOS E PERSPECTIVAS RELACIONADOS À FISIOTERAPIA
O CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO PARA ALÉM DO REABILITAR

1.2.1. Definição de Fisioterapia

A fisioterapia é a ciência da saúde que atua na prevenção, no tratamento e na palição de diversas doenças, sejam elas causadas por alterações genéticas, traumas ou enfermidades adquiridas. O objetivo da fisioterapia é preservar, manter, desenvolver e recuperar a integridade de órgãos, sistemas e funções. Utiliza-se de recursos como cinesioterapia, eletroterapia, termofototerapia, hidroterapia, terapia manual, entre outros, como processo terapêutico para promover melhoria da qualidade de vida¹⁸.

No âmbito dos cuidados paliativos, a fisioterapia possui um conjunto abrangente de técnicas para melhoria da sintomatologia e da qualidade de vida, entre elas temos: terapias para o alívio da dor e dos sintomas psicofísicos, atuação nas complicações osteomioarticulares, complicações linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar e atuação em distúrbios neurológicos¹⁰.

Neste estudo, percebemos que tanto pacientes quanto cuidadores parecem não ter uma definição muito clara sobre o que representa a fisioterapia, porém, entendem e relacionam a fisioterapia como algo voltado para músculos, movimento, locomoção e respiração, tendo maior enfoque na reabilitação motora e respiratória, visando ganho de força, mobilidade, conforto e condicionamento, aproximando-se da definição explicitada acima.

“Eu acho que é uma recuperação, uma restauração dos movimentos...” (P3)

“É um tratamento para os ossos, pro corpo, pro músculo. Um tratamento pra tirar a dor e dar mais dinâmica ao músculo.” (P7)

“É um meio do paciente voltar a ter mais mobilidade, mais independência também.” (C5)

Estudo com usuários e não usuários da fisioterapia sobre o conhecimento relacionado à profissão concluiu que, quando questionados sobre esta profissão, associaram a ela os seguintes termos: reabilitação, exercícios e alongamentos. Neste caso, mais uma vez, vemos a

referência à fisioterapia motora. Este trabalho destaca também que o conhecimento sobre os locais de atuação do fisioterapeuta ainda é limitado ao atendimento em clínicas e hospitais. E as pessoas apontadas com necessidade de fisioterapia foram idosos, pacientes com lesão musculoesquelética e deficientes físicos¹⁹.

Ao analisar a percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a fisioterapia, Carvalho²⁰ verificou que o conhecimento dos entrevistados voltou-se para aspectos do tratamento e reabilitação. Os entrevistados indicaram que os deficientes físicos e/ou pessoas portadoras de dor musculoesqueléticas são as que mais necessitam de fisioterapia. Relacionaram o hospital como local de maior atuação do fisioterapeuta e mencionaram que eles não realizam ações educativas.

O estudo de Ferretti et al.²¹verificou, por meio de entrevistas em um centro de saúde da família, que eles percebem esse profissional como aquele que atua na reabilitação. Os entrevistados destacaram que a inserção do fisioterapeuta na ESF facilita o acesso a este serviço e contribui para a ampliação da integralidade do cuidado.

Em nosso estudo, os cuidadores apresentaram uma concepção mais ampliada do conceito de fisioterapia em relação aos pacientes, os quais referenciaram apenas o aspecto motor na maioria das vezes. Alguns entrevistados não conseguiram responder ao questionamento sobre o que entendem por fisioterapia. Isto pode estar relacionado ao simples desconhecimento da profissão, mas também ao fato de que estes pacientes nunca haviam tido contato com algum atendimento fisioterapêutico antes da internação na unidade de pesquisa.

Outra hipótese que poderia levar ao desconhecimento sobre a profissão seria uma comunicação pouco efetiva entre o fisioterapeuta e o paciente/cuidador. A interação dialógica entre o profissional e o paciente é uma das ferramentas para um cuidado humanizado, sendo considerada um dos pilares dos cuidados paliativos^{22,23}. A comunicação adequada (verbal e não-verbal) permite que os pacientes expressem seus sentimentos e propicia respeito a sua

autonomia. Além disso, possibilita o estabelecimento de vínculo e a redução do estresse psicológico²². Para que essa comunicação seja efetiva é preciso que o profissional se mostre disponível para ouvir e compreender as demandas de cada paciente, promovendo um atendimento digno^{22,24}.

Alguns pacientes e acompanhantes entrevistados não reconhecem determinadas práticas como pertencente à atuação do fisioterapeuta. A fala a seguir é de uma paciente de 21 anos que evoluiu com quadro de paraplegia decorrente de uma síndrome de compressão medular, que quando questionada sobre a fisioterapia, respondeu:

“Eu não estou fazendo. [A fisioterapeuta não veio aqui hoje? Te atender?] Me atendeu, mas... assim, ela não mexe na minha perna. Só me botou lá [cadeira de rodas] pra me levar lá ... [curiosação – espaço lúdico] (P9)

Percebemos pela fala acima que a paciente não compreende que colocá-la sentada faz parte da intervenção fisioterapêutica. Assim como ela, sua acompanhante também não reconhece que é o fisioterapeuta quem realiza a transferência da cama para cadeira de rodas na maioria das vezes durante a internação hospitalar. Para ambos, a fisioterapia deveria contemplar principalmente exercícios com membros inferiores, mesmo que de forma passiva, pois acreditam que a melhora do quadro vai depender desta intervenção. Todavia, de acordo com a literatura, sabe-se que a síndrome de compressão medular (SCM) é uma complicação grave que cursa com distúrbios sensoriais, autonômicos e motores, podendo evoluir com paralisia irreversível abaixo do nível da lesão²⁵. Quando o quadro de paraplegia se mantém por um período prolongado, as disfunções neurológicas se tornam irreversíveis²⁶. Nesse caso, o foco da abordagem fisioterapêutica deve ser a manutenção da independência e funcionalidade e a prevenção de complicações.

A falta de percepção sobre a atuação da fisioterapia pode estar relacionada a uma desatenção dos entrevistados, uma vez que a profissional responsável relatou ter se apresentado

e explicado os motivos e objetivos de sua avaliação e do tratamento proposto. Tanto a paciente como sua cuidadora possuíam nível de escolaridade maior que nove anos, dessa forma não associamos essa falta de percepção a um baixo grau de instrução.

O momento de grande vulnerabilidade em que viviam esta paciente e sua cuidadora, devido a difícil aceitação do quadro clínico atual decorrente da rápida evolução da doença e também a associação de problemas familiares, pode ter contribuído para essa falta de percepção. Para Kübler-Ross²⁷, a negação é um recurso utilizado por quase todos os pacientes para se manter equilibrado, sendo uma defesa para o enfrentamento da doença. Esta autora²⁷ compara o estágio de negação como um para-choque para notícias inesperadas e impactantes, permitindo que o paciente se recupere com o tempo.

1.2.2.Importância da Intervenção Fisioterapêutica e Resultados alcançados

Os pacientes com doença avançada em sua maioria cursam com perda da funcionalidade, sendo mais um fator de angústia experimentado ao longo do processo de adoecimento junto às alterações físicas, emocionais e espirituais. O desejo frequente dos pacientes em cuidados paliativos é permanecer fisicamente ativos e independentes até a morte. Manter a mobilidade e auxiliar na execução de tarefas de vida diária são objetivos da fisioterapia, o que gera melhora da qualidade de vida dos pacientes²⁸. O exercício pode promover benefícios além de resultados físicos, pois impacta positivamente na qualidade de vida pela melhora do estado psicológico dos pacientes²⁹.

Mesmo os pacientes em estágio de terminalidade e seus cuidadores expressam o desejo e a importância da deambulação. Realizar exercícios ativos objetivando a função de deambular possivelmente melhora a autoestima, sintomas psicológicos e a qualidade de vida desses pacientes³⁰.

No estudo de Muller et al.¹³ os fisioterapeutas que prestam assistência a pacientes em cuidados paliativos citam algumas intervenções como: caminhar alguns minutos diariamente, fazer relaxamento, auxiliar nas mudanças de decúbito para evitar escaras, realizar trocas de posturas, evitar com que os pacientes tenham retrações e perda de amplitude de movimento através de mobilização passiva, manter a mobilidade dos membros e cuidados para manter a função pulmonar. Essas intervenções se assemelham à prática dos fisioterapeutas que trabalham no hospital em que foi realizada essa pesquisa. No HCIV, a atuação do fisioterapeuta tem por objetivo melhorar a funcionalidade, prevenir complicações decorrentes do imobilismo, melhorar a função respiratória, atenuar a fadiga, aliviar a dor, atuar nas disfunções linfáticas e melhorar a qualidade de vida.

A maioria dos pacientes e cuidadores deste estudo considerou importante a realização da fisioterapia durante a internação hospitalar atual e também fez referência a experiências anteriores.

“Eu acho importantíssimo, muito mesmo. Eu tenho uma vizinha que teve um AVC, foi para o hospital e ficou em cima de uma cama. Quando ela começou a fazer fisioterapia, ela aprendeu muito, começou a melhorar a mão, o movimento e tal.” (C3)

Assim como neste estudo, na pesquisa de Melo et al.¹³ os pacientes com neoplasia pulmonar avançada percebem a intervenção fisioterapêutica com efeito na melhora do cansaço, na respiração, diminuição de tosse e falta de ar.

“Eu não estou precisando mais da oxigenação, faço apenas a nebulização. E antes, qualquer esforço, até o banho, eu ficava com o oxigênio já prejudicado, tinha que fazer uma reposição e agora eu não tenho mais isso. Então eu já vi uma evolução nesse aspecto. A oxigenação melhorou absurdamente” (P2)

“Minha mãe chegou aqui muito debilitada. Agora ela está melhor. Antes não aguentava falar, falava uma palavra e ‘ah, tô cansada’. Agora já fala no telefone com a família” (C6)

Diversos estudos demonstram os benefícios da atuação fisioterapêutica em unidades de saúde voltadas para os cuidados paliativos. Buss et al.³¹ comprovaram que a cinesioterapia é um recurso eficaz para a diminuição da intensidade da fadiga. Clemens et al.³² relataram que, após a drenagem linfática manual, a maioria dos pacientes apresentou melhora na intensidade dos sintomas. Gulde et al.³³ concluíram que uma estruturação da rotina, diminuição da fadiga e aumento da esperança são resultados benéficos de exercícios físicos regulares dirigidos por fisioterapeutas. Maddocks et al.³⁴ apontaram que a estimulação elétrica neuromuscular se mostrou um meio eficaz para reduzir a fraqueza muscular em adultos com doenças progressivas como o câncer.

Tanto pacientes quanto cuidadores possuem uma opinião semelhante quanto a importância da fisioterapia, relatando em seus discursos a melhoria de funções valorizadas por eles e os resultados alcançados ao longo da internação hospitalar.

“Ontem eu não sentava, hoje eu já estou sentando. Não tomava banho há mais de uma semana, só no leito. Hoje eu já consegui tomar no chuveiro, na cadeira. Já consegui caminhar, porque eu estava há mais de uma semana sem caminhar” (P1)

“Agora eu estou conseguindo andar melhor, ter os movimentos dos meus braços melhor, até o meu pulmão. A fisioterapia pro pulmão foi excelente. Eu não conseguia respirar direito, agora estou respirando praticamente normal” (P11)

“Ontem eu sentei. Hoje eu já sentei com muito mais facilidade. Quer dizer, de ontem pra hoje, um só (atendimento) já fez muita diferença” (P16)

“Até começar esses estímulos, ela estava mais paradinha, né? Aí, com os estímulos, ela está mais animada [...] percebi melhora na alimentação que ela está fazendo com um pouco mais de precisão. Já está pegando melhor na colher” (C7)

“Ela já está conseguindo andar até o final do corredor, voltar, sentar, está conseguindo até sentar na cama. Em casa, ela estava ficando muito deitada. Até no próprio

banho ela está conseguindo fazer sua higiene sozinha, em casa não. Depois que ela começou a fazer fisioterapia, está conseguindo se movimentar bastante” (C9)

1.2.3. Anseios e Perspectivas relacionados à Fisioterapia

Grande parte dos pacientes acredita que a fisioterapia pode contribuir positivamente em suas vidas. Tal contribuição relaciona-se, especialmente, a melhora da dor e das funções respiratória e motora.

“Uma recuperação bem rápida, que eu consiga me recuperar logo fazendo os exercícios, respiração, tudo o que mandaram” (P1)

“Espero que eu melhore mais, que respire melhor. O que fizer pra melhorar a respiração é bom, porque sentir falta de ar não é fácil não, é muito ruim.” (P12)

“Espero que alivie mais a dor.” (P18)

Os resultados de uma pesquisa qualitativa sobre a experiência de pacientes em cuidados paliativos submetidos a um programa de exercícios individualizados apontaram que alguns mencionaram o futuro e sua capacidade física. Alguns participantes reconheceram o agravamento da sua saúde e o declínio funcional apesar do programa de exercícios, porém isso não foi condição para desestimular a continuidade no programa, pois consideravam importância dos exercícios para a manutenção da função²⁹.

Da mesma maneira, na visão dos cuidadores, os anseios e perspectivas relacionadas à fisioterapia estão associados, principalmente, a melhora da independência funcional.

“Eu espero que ela consiga gradativamente né, mas que ela consiga caminhar normal, sem aquele medo, então eu estou esperando a melhora.” (C1)

“Espero que com esse tratamento de fisioterapia ela volte a ter força nos braços, nas pernas, que ela mesmo consiga se erguer e sentar e virar de um lado para o outro sem precisar da pessoa tá ajudando, eu espero isso.” (C8)

Todavia, alguns cuidadores compreendem a condição paliativa dos pacientes e não manifestam o anseio pela recuperação e melhora da funcionalidade perdida. O cuidador 5, por exemplo, almeja que a fisioterapia contribua para a alta hospitalar. Ele julga que viver restrito a uma cama e dentro de um hospital não vale a pena, valorizando a proximidade e a interação com entes queridos, assim como os momentos de lazer, prezando, portanto, pela qualidade de vida.

C10 também não aspira ao ganho ou melhora da função motora, mas que seu familiar consiga, pelo menos, manter a capacidade física do momento da internação.

“A [nome da paciente] ela já é, como todos que estão aqui, um caso que não tem muita...assim...[se referindo a condição paliativa da paciente]. A gente não pode esperar muita coisa. Mas eu queria, quero, espero que com a ajuda da fisioterapia isso aconteça, que ela consiga ir pra casa mais uma vez, que ela possa ficar um pouco com o filho ela, interagir, passear, né? Pra que ficar mais tempo viva se vai ficar numa cama dentro do hospital? Então, eu espero que a fisioterapia ajude ela poder ir pra casa mais uma vez e ter uma chance de viver mais um pouco.”(C5)

“Eu espero que pelo menos ele volte como ele entrou, eu não preciso nada além... Andando, porque ele andava com muleta... minha expectativa é que ele vá pra casa fazendo o que ele fazia quando ele chegou aqui, não precisa muito além, pra mim tá ótimo.”(C10)

Alguns dos pacientes entrevistados, assim como seus cuidadores, reconhecem suas próprias limitações, podemos associar esse reconhecimento à compreensão das informações passadas pela equipe sobre os objetivos dos cuidados paliativos.

“Só conforto, né? Uma nova educação talvez de postura ou de condicionamento físico.”(P2)

“Eu espero melhorar um pouquinho, nem que seja pra sentar nua cadeira de rodas. Porque eu sei o meu limite agora, né?”(P6)

Podemos associar essa visão de P6 sobre sua condição atual de saúde ao fato dela ter filha e genro fisioterapeutas, contribuindo para a construção de uma percepção mais realista, reduzindo expectativas ilusórias que podem desapontar quando não se concretizam.

De acordo com Kübler-Ross²⁷, os pacientes que atingem o estágio de aceitação são aqueles que conseguiram externar seus sentimentos, receberam ajuda para superar a raiva e depressão e tiveram tempo necessário para tal, ou seja, não tiveram uma morte súbita ou inesperada. Ela descreve que os pacientes que melhor reagem são os que são encorajados a expressar seus sentimentos, extravasar a raiva, chorar, relatar seus temores e suas fantasias. Para a autora a fé e a união da família também auxiliam no processo de aceitação.

“Eu realmente não sei te dizer, mas eu acho que tudo só depende da nossa aceitação. Se você trabalhar sua cabeça, o resto tudo se completa. Eu não sei de onde vem, quer dizer, a gente sabe... tanta resignação. Passar tudo o que eu passei. E eu não me vejo presa a isso. Eu me vejo uma pessoa com vida normal, claro que com um pouquinho de limitações, óbvio. Mas eu me vejo uma pessoa normal, tendo vida ativa com algumas limitações pequenas, mas sem dependências, sem me sentir uma inválida, sem me sentir mal, me sinto uma pessoa normal, nada disso abalou a minha cabeça.” (P2)

Todavia, há pacientes que lutam até o fim e se agarram à esperança de cura, sendo impossível atingir o estágio de aceitação. Não é da natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para a esperança²⁷.

1.2.4.O Cuidado Fisioterapêutico para além do reabilitar

O pressuposto de todo atendimento humanizado é facilitar com que a pessoa em situação de vulnerabilidade enfrente seus desafios de maneira positiva. Humanizar o cuidado é acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito³⁶.

O modelo biomédico de doença, cristalizado por anos nos sistemas de saúde ocidentais, define o corpo como máquina, separando o corpo físico e a mente e ignorando os aspectos

sociais e culturais. A partir desse modelo, onde os profissionais enxergam o indivíduo como partes doentes a serem curadas e não como um todo, como uma pessoa. Por outro lado, o modelo biopsicossocial apresenta uma visão holística, integral do indivíduo, assim como do processo de adoecer em todos seus aspectos, físico, psicológico e social, promovendo um cuidado humanizado. Por este modelo, os profissionais, além do saber técnico-instrumental referente à sua formação, devem estabelecer vínculo terapêutico e comunicação efetiva^{37,38}.

Taveira³⁷ diferencia o cuidar e o tratar como intervenções distintas. Ele relaciona o tratar com uma visão técnica, onde os cuidados se resumem apenas em alcançar a cura para a doença, ignorando os aspectos humanos do indivíduo. Já o cuidar refere-se a uma visão holística, em que o indivíduo é respeitado por sua singularidade, recebendo cuidados individualizados.

Atualmente o cuidado na assistência hospitalar é um dos grandes desafios para os profissionais da saúde. Devido à rotina diária difícil e a sobrecarga de trabalho no ambiente hospitalar, os profissionais deixam de tocar e conversar com seus pacientes, desconsiderando ou negligenciando outros aspectos além dos sintomas e necessidades físicas que precisam ser atendidas. Puggina e Silva³⁸ apontam que negligenciar o cuidado equivale negligenciar o ser humano.

Silva e Silveira³⁹ mencionam que embora a origem da fisioterapia esteja vinculada ao modelo biomédico, cartesiano, com uma visão reducionista, o fisioterapeuta não pode focar sua ação apenas em aliviar sintomas e reabilitar, sem o estabelecimento de vínculo com o paciente, sem que haja conversa, trocas de conhecimento e experiências.

Em virtude de ser um dos profissionais que tem como principal instrumento de trabalho as mãos, diante de diversos recursos disponíveis, é por meio do toque que os fisioterapeutas reabilitam, cuidam e confortam, devendo ser suas ações terapêuticas humanizadas.

Em conformidade com o modelo biopsicossocial, cabe ao fisioterapeuta reconhecer o paciente além da sua doença como um sujeito complexo que se encontra enfermo e respeitar os vários aspectos de sua vida, social, econômico, cultural, familiar, espiritual. Em concordância com o exposto, a assistência prestada pelos profissionais do nosso estudo valoriza o ser além da sua patologia, preocupando-se em promover conforto, encorajamento, confiança, escuta efetiva.

“Ah, eu não sei assim te responder com duas, três palavras. Eu acho o seguinte: vocês são tão assim ... além de profissionais, vocês são gente que é um fator. Vocês são gente, vocês têm sentimentos, vocês não são apenas máquinas ‘pam, pam, pam’, não! Vocês se entregam, vocês conversam, vocês ouvem nossas lamúrias, queixas, às vezes abobrinhas, às vezes... Enfim, dependendo do estado emocional de cada um. Então, eu acho que vocês tem um preparo assim excepcional, muito bom e isso vocês transmitem pra gente, isso nos dá confiança, nos dá uma série de coisas positivas pra gente.” (P2)

“Primeiro, vou dar o exemplo dela, ela tem medo. Aí chega a fisioterapeuta e conversa com ela: ‘você pode fazer isso’. Eu, até ontem, estava fazendo tudo por ela, dando água na boca, tudo, comida na boca. Ontem a fisioterapeuta já conversou com ela, ‘você pode fazer determinadas coisas’, aí eu já deixei mais pra ela. Porque a gente acaba atrapalhando às vezes. Aí, fica sobrecarregado pra mim e acaba prejudicando ela, né? Ela tem medo, ela tem muito medo, porque sente muita dor, né? (C5)

“Sempre legal, tudo atenciosa, só gente bacana comigo. Brincaram comigo, conversaram, só gente muito legal, não tenho nada que reclamar, só agradecer só”. (P11)

“Porque a fisioterapia, eu penso assim... Eu vejo pela fisioterapeuta que vem aqui, às vezes além de fazer exercício na cama ou no corredor, ela também dá uma motivação psicológica, dá uma força, motivando: ‘você pode!’”. Às vezes a gente tá assim ... um pouco... achando que não pode fazer aquilo e ela: “não, você pode sim!” (P15)

“Ah, são muito carinhosas, atenciosas, são muito bacanas elas, tenho nem palavras, a paciência, o carinho, a dedicação. Você vê que é por amor a profissão sabe, então isso ajuda a gente bastante, não vem ninguém aqui com cara feia, vem sempre gente com sorriso nos lábios, aí acaba levantando seu astral. Eu estava a ponto de me matar, de chegar ali e me jogar lá embaixo, mas quando elas vieram aqui com tanto carinho eu mudei de opinião. [...] conversam, te acalma. São uns docinhos de coco. Acabam ajudando você sem saber.” (P17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo se propôs compreender a visão dos pacientes em cuidados paliativos e seus cuidadores diante das experiências acerca do acompanhamento fisioterapêutico na internação hospitalar. Acreditamos que entender o paciente é um modo de melhorar a relação profissional de saúde-paciente, o tratamento proposto, fortalecer o vínculo e alcançar resultados satisfatórios.

A partir dos nossos resultados demonstramos que os cuidadores parecem ter uma compreensão mais ampliada que os pacientes sobre os cuidados paliativos e sobre o papel da fisioterapia, embora suas narrativas sejam próximas.

A percepção dos pacientes e cuidadores revelou que a fisioterapia nos cuidados paliativos é valorizada por eles ainda que não tenham uma compreensão clara dos objetivos e condutas. Foi possível identificar por meio das entrevistas que ambos consideram importante que os pacientes internados sejam acompanhados pela fisioterapia e que esta abordagem pode trazer benefícios a seu estado de saúde atual.

Os pacientes apresentaram anseios e expectativas em relação à fisioterapia no que se refere à melhora da sua capacidade funcional e independência fazendo menção ao estado de saúde anterior à atual internação ou até mesmo ao início da doença, depositando esperança de alguma melhora ou apenas conforto e bem-estar com o acompanhamento fisioterapêutico.

Foi possível perceber que a fisioterapia proporciona benefícios para além do aspecto físico, proporcionando acolhimento, motivação, confiança e segurança aos pacientes. Esse modo de cuidar com foco no paciente e não na doença, que se opõe ao modelo tecnicista, aproxima-se da filosofia dos cuidados paliativos.

Diante da finitude da vida é importante compreender como os cuidadores e principalmente os pacientes percebem os cuidados prestados, a fim de atender, sempre que possível, a suas demandas. Esse estudo permitiu conhecer não só a percepção dos pacientes e cuidadores sobre a fisioterapia, mas também ampliar o olhar sobre os cuidados fisioterapêuticos aos pacientes sem possibilidades de cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan, Geneva: WHO,2018.
- 2.Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
- 3.Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro:2006, 22(10):2055-2066
- 4.Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, 2003. 2(14), 115-167
- 5.Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):504-8.
- 6.WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.
- 7.Mccoughlan MA. A necessidade de cuidados paliativos. Mundo Saúde 2003; 27 (1):6-14
- 8.Palma JS, Payne R. Palliative Care and Rehabilitation. American Cancer Society. 2001. 1049 – 1052.
- 9.Lancker AV, Velghe A, Hecke AV, Verbrugge M, Noortgate NVD, Gryndonck M, Verhaeghe S, Bekkering G, Beeckman D. Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Pain and Symptom Management 2014; 47(1):90-104
- 10.Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista brasileira de cancerologia 2005; 51 (1): 67-77.
- 11.Júnior L, Reis P. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. Fisioterapia em Movimento 2007; 20 (2), 127 - 135.
- 12.Mello TPT, Maia EJO, Magalhães CBA, Nogueira IC, Morano MTAP, Araújo FCS, Mont'Alverne DGB. A Percepção dos Pacientes Portadores de neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(4): 547-553.
- 13.Muller AM, Scortegagna D, Moussalle LD. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(2): 207-215.

14. Fontanella, BJB, Luchesi BM, Sadel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2):389-394.
15. Minayo MCS. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciênc. saúde coletiva* 2017, 22(1) 16-17
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 7ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
17. Caregnato R.C.A, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem* 2006, 15(4): 679-84
18. CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-(CREFITO 9). Conceito: o que é fisioterapia?. 2018. Disponível em: < <http://crefito9.org.br/fisioterapia/o-que-e-fisioterapia/155>>. Acesso em Dez, 2018.
19. Amado CM, Flores MCM, Neto MG. Percepção de usuários e não usuários de fisioterapia em relação à profissão, em Lauro de Freitas, Bahia. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2014, 4(1):16-25
20. Carvalho STRF. *Conhecimento e percepção dos usuários da estratégia de saúde da família sobre a fisioterapia* [tese], Ribeirão Preto: Universidade São Paulo; 2009.
21. Ferreti F, Nietierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli ML. Inserção do fisioterapeuta na equipe Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. *Revista Fisioter. Mov.* 2015, 28 (3): 485-493.
22. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm* 2007; 41(4):668-74.
23. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm.* 2009, 22(3):323-7.
24. Andrade CG, Costa SFF, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc. saúde coletiva* 2013, 18(9):2523-2530.
25. Loblaw DA, Mitera G, Ford M, Laperriere NJA. 2011 updated systematic review and clinical practice guideline for the management of malignant extradural spinal cord compression. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012, 84(2):312-7.
26. Savage P, Sharkey R, Kua T, Schofield L, Richardson D, Panchmatia N, Papanastasopoulos P, Williams M, Falconer a, Power D, Arnold F, Ulbricht C.

- Malignant spinal cord compression: NICE guidance, improvements and challenges. *QJM: An International Journal of Medicine* 2014, 107 (4) 277–282.
- 27.Kübler- Ross E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- 28.Minoso JSM, Souza LJ, Oliveira MAC. Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto & Contexto Enfermagem* 2016; 25(3):e1470015
- 29.Tuner K, Tookman A, Bristowe K, Maddocks M. ‘I am actually doing something to keep well. That feels really good’: Experiences of exercise within hospice care. *Progress in Palliative Care* 2016, 24(4): 204-212.
- 30.Lee CH, Kim JK, Jun JH, Lee DJ, Namkoong W, Oh JH. Rehabilitation of Advanced Cancer Patients in Palliative Care Unit. *Ann Rehabil Med* 2018; 42(1):166-174.
- 31.Buss T, Walden-Galuszko K, Modlinska A, Osowicka M, Lichodziejewska-Niemierko M, Janiszewska J. Kinesitherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patients-an experimental, controlled study. *Support Care Cancer*. 2010; 18(6):743-9.
- 32.Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation of the clinical effectiveness of physiotherapeutic management of lymphoedema in palliative care patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2010; 40(11):1068-72.
- 33.Gulde I, Oldervoll LM, Martin C. Palliative cancer patients’ experience of physical activity. *J Palliat Care*. 2011; 27(4):296-302.
- 34.Maddocks M, Gao W, Higginson IJ, Wilcock A. Neuromuscular electrical stimulation for muscle weakness in adults with advanced disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 1:CD009419
- 35.Passini L, Bertachini L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Edições Loyola: 2006.
- 36.Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. bras. educ. med*. 2006. 30 (1).
- 37.Taveira VLB. *Cuidados Paliativos: Percepções e Práticas dos Profissionais de Saúde do Serviço de Medicina Paliativa do Fundão [dissertação]*. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2011.

- 38.Puggina ACG, Silva MJP. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano Rev. Min. Enferm 2009;13(4): 599-605
- 39.Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. Revista Ciência & Saúde Coletiva 2011, 16(1):1535-1546.