

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos**

Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga  
Mestrado em Cuidados Paliativos (4ª Edição)

Lisboa

2009

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa em reunião de 2 de Junho de 2009.

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa



**Influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
no Controlo da Dispneia em Cuidados Paliativos**

Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga  
Mestrado em Cuidados Paliativos (4ª Edição)

Dissertação Orientada pelo **Prof. Doutor Luís Costa**

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

## RESUMO

Como mestrando em cuidados paliativos e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, verifiquei que as duas disciplinas se complementam e regem, em grande parte, pelos mesmos princípios. Apesar disso, o que se observa frequentemente é que os cuidados paliativos e os cuidados de reabilitação são oferecidos a pessoas que se encontram em fases praticamente opostas ao seu processo de doença/vida.

Sou da opinião que as duas disciplinas se podem complementar em benefício dos doentes paliativos e ao reflectir sobre esta temática, verifico que existe um sintoma que é premente estudar nesta perspectiva: a dispneia. Esta opção baseia-se na sua elevada prevalência em contexto paliativo, na sua influência na capacidade funcional e qualidade de vida do doente.

Este trabalho tem como objectivo identificar a influência que os cuidados de enfermagem de reabilitação (com recurso à reeducação funcional respiratória) têm no controlo da dispneia e no *performance status* dos doentes paliativos, e, verificar se existe alguma correlação entre o *performance status* e a dispneia. Trata-se um estudo pré-experimental, em que se utiliza uma abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 6 doentes internados no Serviço de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, em Lisboa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e a Palliative Performance Scale (PPS).

Em todos os doentes houve uma diminuição do grau de dispneia. O *performance status* não melhorou em nenhum deles, mas devido a condicionantes do quadro clínico, não relacionadas com a reeducação funcional respiratória. Aparentemente não existe correlação entre o *performance status* e a dispneia.

Concluimos que a reeducação funcional respiratória contribui para a diminuição da dispneia no doente paliativo, mesmo nos últimos dias/horas de vida.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Controlo Sintomático, Dispneia, Enfermagem de Reabilitação e Reeducação Funcional Respiratória.

## ABSTRACT

As a master in palliative care student and nurse specialist in rehabilitation, I realised that the two disciplines are complementary and governed, largely, by the same principles. Nevertheless, what is often observed is that the palliative care and the rehabilitation care are offered to people who are in opposite stages of their life/disease process.

I believe that the two disciplines can be complementary in benefit of palliative patients and reflecting on this issue, I verify that there is a symptom which is urgent to study in this perspective: the dyspnea. This option is based on its high prevalence in palliative context, on its influence on the functional capacity and on the patient's quality of life.

This work aims to identify the influence that the nursing rehabilitation (pulmonary rehabilitation) has on the control of dyspnea and on the performance status of the palliative patients, and, to verify if there is a correlation between the performance status and dyspnea. This is a pre-experimental study, which uses a quantitative approach. The sample was composed by 6 patients who were admitted in the palliative care ward of Casa de Saúde da Idanha, in Lisbon. The tools used for data collection were the Edmonton System Assessment Scale (ESAS) and the Palliative Performance Scale (PPS).

In all patients there was a decrease of the degree of dyspnea. The performance status has not improved in none of them, but due to limitations of clinical status, not related to pulmonary rehabilitation. Apparently there is no correlation between the performance status and dyspnea.

We concluded that the pulmonary rehabilitation contributes to reducing the dyspnea in palliative patient, even in last days/hours of life.

**Keywords:** Palliative Care, Symptom Control, Dyspnea, Nursing Rehabilitation, Pulmonary Rehabilitation.

**“All the work of the professional team...is to enable the dying person to live until he dies, at his own maximum potential performing to the limit of his physical and mental capacity with control and independence whenever possible.”**

**Cicely Saunders**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Doutor Luís Costa, por ter aceitado orientar esta dissertação e pelo contributo das suas observações e sugestões.

À Professora Oliveira e Sousa, pela sua disponibilidade, objectividade e clareza. Pela orientação ao longo de todo o processo de elaboração deste trabalho.

À Professora Maria Saraiva, pela sua disponibilidade e ajuda nas questões metodológicas.

À Enfermeira Vera Miranda, pela sua colaboração na colheita de dados.

À Irmã Paula Carneiro, pela sua disponibilidade.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**ESAS** – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System)

**HIV** – Vírus de imunodeficiência adquirida

**PPS** – Palliative Performance Scale

**Prof.** – Professor

**SIDA** – Síndrome de imunodeficiência adquirida

**Sr.** – Senhor

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO .....	13
2- CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	19
2.1- TRABALHO EM EQUIPA .....	22
2.2- APOIO À FAMÍLIA.....	25
2.3- COMUNICAÇÃO ADEQUADA .....	27
2.4- CONTROLO SINTOMÁTICO .....	29
3- DISPNEIA .....	33
4- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA .....	40
5- HIPÓTESES.....	52
6- METODOLOGIA .....	54
6.1- TIPO DE ESTUDO.....	54
6.2- POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	55
6.3- VARIÁVEIS.....	57
6.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	57
6.5- PROCEDIMENTO .....	61
6.6- PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	63
7- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	64
8- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
9- CONCLUSÃO .....	89
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	92
ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON.....	101
ANEXO II – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE .....	103

## SEQUÊNCIA DE QUADROS

<b>Quadro nº 1</b> - Etiologia da dispneia .....	35
<b>Quadro nº 2</b> - Posições de drenagem postural clássica .....	44
<b>Quadro nº 3</b> – Posições de drenagem postural modificada .....	46
<b>Quadro nº 4</b> – Motivo de internamento e sintomas presentes .....	65
<b>Quadro nº 5</b> – Sintomas presentes na avaliação inicial .....	68
<b>Quadro nº 6</b> – Intervenção de reeducação funcional respiratória realizada .....	68
<b>Quadro nº 7</b> – Terapêutica farmacológica administrada em SOS .....	69
<b>Quadro nº 8</b> – Tempo decorrido entre a primeira intervenção de reeducação funcional respiratória e a morte dos doentes .....	69
<b>Quadro nº 9</b> – Avaliação da falta de ar (ESAS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada e comparação entre os dois momentos .....	71
<b>Quadro nº 10</b> – Avaliação do <i>performance status</i> (PPS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada e comparação entre os dois momentos .....	72
<b>Quadro nº 11</b> – Correlação do <i>performance status</i> (PPS) com a falta de ar (ESAS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada .....	73

## SEQUÊNCIA DE TABELAS

<b>Tabela nº 1</b> – Doentes segundo o sexo e a idade.....	64
<b>Tabela nº 2</b> – Doentes segundo o diagnóstico e metastização da doença.....	66
<b>Tabela nº 3</b> – Doentes segundo os antecedentes pessoais relevantes, os tratamentos cirúrgicos e os tratamentos médicos prévios ao internamento.....	67

## SEQUÊNCIA DE FIGURAS

<b>Figura nº 1 – Posições de descanso e relaxamento.....</b>	<b>50</b>
--	-----------

## 1- INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito do 4.º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e tem como objectivo a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos. A orientação foi da responsabilidade do Sr. Professor Doutor Luís Costa.

Como mestrando em cuidados paliativos e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, verifiquei que as duas disciplinas se complementam e regem, em grande parte, pelos mesmos princípios. Ambas consideram fundamental o trabalho em equipa, o apoio à família, a família e a pessoa como centro dos cuidados. Têm como missão ajudar a pessoa a viver o mais activamente possível, com a melhor qualidade de vida e segundo o seu projecto pessoal.

Apesar de terem os mesmos princípios o que se observa frequentemente é que os cuidados paliativos e os cuidados de reabilitação são oferecidos a pessoas que se encontram em fases praticamente opostas ao seu processo de doença/vida.

Os cuidados paliativos são orientados para as pessoas que vivem já num estágio avançado da sua doença, em que se investe fortemente no controlo sintomático. Os cuidados de reabilitação são norteados para os doentes que se encontram na fase aguda ou pós-aguda da sua doença, e para quem existe um potencial de recuperar as suas funções ou reaprender a viver com as sequelas da doença/com a sua deficiência.

No entanto, os cuidados paliativos também têm como missão ajudar a pessoa a viver o mais activamente possível até ao fim da sua vida, potenciando as suas capacidades.

A reabilitação, ao ajudar a pessoa a recuperar as suas funções, contribui para o controlo de sintomas, nomeadamente dispneia, tosse, astenia e fadiga (reabilitação cardíaca e respiratória), disfagia (doentes neurológicos), obstipação e outras alterações da eliminação vesical e intestinal (doentes com alterações neurológicas ou da mobilidade). Podemos notar que a enfermagem de reabilitação ajuda a pessoa a recuperar as suas funções, utilizando entre outras estratégias o controlo sintomático, que é uma das áreas-chave dos cuidados paliativos.

Montagnini e Lodhi (2003) referem que, nos serviços de oncologia e de cuidados paliativos, as intervenções de reabilitação são frequentemente ignoradas ou subutilizadas, apesar dos elevados níveis de incapacidade funcional dos doentes. Deste facto resulta que pouco se sabe sobre a utilização ou eficácia das intervenções de reabilitação neste contexto.<sup>1</sup>

Os doentes com cancro podem ter múltiplos problemas para os quais é necessária uma abordagem do ponto de vista da reabilitação. Por exemplo: fadiga, dor, linfedema, défices cognitivos e de comunicação, disfagia e défices de linguagem, alterações sensitivas, alterações intestinais e vesicais, alterações da função sexual, etc.<sup>2</sup>

Da mesma forma, os princípios de neuro-reabilitação para os doentes com traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral e lesões medulares também são apropriados para as pessoas com tumores cerebrais e na medula espinhal. No entanto, deve-se ter em conta que as intervenções de reabilitação nestes doentes devem ser mais curtas e os objectivos devem ser bem definidos.<sup>2</sup>

Para Scialla, et al (2000) é sabido que os esforços da reabilitação podem restaurar a função nos doentes oncológicos e também diminuir percepções de desespero.<sup>3</sup>

Também para o King's College London (2008) os cuidados paliativos e a reabilitação são disciplinas interdisciplinares que têm como foco a melhoria da qualidade da experiência humana no morrer e na deficiência, em vez de tentar a cura ou modificar o processo da doença. Ambas envolvem uma intervenção complexa de uma equipa multidisciplinar e o seu sucesso deve ser avaliado num contexto de deterioração da condição da pessoa. As duas áreas enfrentam desafios muito similares. Existe um importante *interface* para ser explorado, entre a reabilitação e os serviços de cuidados paliativos, no sentido de ajudar aqueles que vivem com complexas deficiências.<sup>4</sup>

Para Frank et al (1998) um papel despercebido das unidades de cuidados paliativos pode ser a reabilitação de pessoas com doença avançada, não apenas para fornecer cuidados de suporte terminais como também para melhorar a funcionalidade do doente e a sua independência. Referem também que este papel tem recebido pouca atenção na literatura de cuidados paliativos.<sup>5</sup>

Perante os factos referidos anteriormente penso que as duas disciplinas se podem complementar em benefício dos doentes em cuidados paliativos. Ao analisar a problemática dos doentes paliativos e as intervenções da enfermagem de reabilitação, na minha opinião, existe um sintoma que é premente estudar nesta perspectiva: a dispneia.

Num estudo realizado por Bredin et al (1999), cujo objectivo era avaliar a efectividade das intervenções de enfermagem para a falta de ar em doentes com cancro do pulmão, concluiu-se que os doentes que foram alvo das intervenções de enfermagem apresentaram diminuição da falta de ar, assim como melhorias a nível físico e emocional. Muitas das estratégias desenvolvidas neste estudo são comumente desenvolvidas nos doentes com doenças pulmonares crónicas, mas não são rotineiramente utilizadas em doentes com cancro do pulmão.<sup>6</sup>

Segundo Costa (2006), etimologicamente dispneia significa respiração difícil e pode definir-se como uma sensação subjectiva de desconforto ou dificuldade respiratória. É um sintoma muito angustiante não só para o doente, como também para a família e os próprios profissionais de saúde. Interfere com o desempenho das actividades de vida diária e pode alterar drasticamente a qualidade de vida do doente e família.<sup>7</sup>

De acordo com Porta et al (2006), surge em 50% dos doentes com cancro avançado e em 80% dos doentes, nos últimos dias de vida.<sup>8</sup> Segundo Fabbro et al (2006), a dispneia é um sintoma frequente em pessoas com doença avançada e, como um sintoma isolado ou em associação com outros parâmetros, é um indicador prognóstico de sobrevivência.<sup>9</sup>

De acordo com Glare (2004), vários estudos realizados revelaram que a *performance status* e a dispneia são factores independentes preditivos da sobrevida do doente em contexto paliativo.<sup>10</sup>

Ao desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação, com vista ao controlo da dispneia, na minha opinião, posso contribuir também para uma melhoria do *performance status* do doente, uma vez que este pode ser influenciado pela sua condição respiratória.

Ao efectuar pesquisa bibliográfica sobre este tema pude concluir que é uma área que está pouco desenvolvida e que carece de investigação, não havendo em Portugal trabalhos nesta área.

Surge então a necessidade de efectuar o presente estudo, que tem como título:

- ✓ Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos.

Para dar seguimento ao mesmo, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação podem contribuir para o controlo da dispneia nos doentes que se encontram em cuidados paliativos?
- ✓ Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação podem influenciar o *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos?
- ✓ Será que o *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos está relacionado com a dispneia?

De forma a responder às questões de investigação, foram delineados os seguintes objectivos:

- ✓ Avaliar se os cuidados de enfermagem de reabilitação têm influência no controlo da dispneia dos doentes em cuidados paliativos;

- ✓ Determinar a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no *performance status* dos doentes em cuidados paliativos;
- ✓ Verificar se o *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos está relacionado com a dispneia;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área dos cuidados paliativos;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da enfermagem de reabilitação.

De forma a atingir os objectivos definidos, apresento de seguida a revisão da literatura que serviu de referência para o estudo. A mesma é constituída por um capítulo onde faço o paralelismo entre os cuidados paliativos e a enfermagem de reabilitação, focando as suas áreas-chave. Seguidamente faço uma abordagem da dispneia em contexto paliativo, abordando posteriormente os cuidados de enfermagem de reabilitação que podem contribuir para o seu controlo.

Após a revisão da literatura a que antes se refere, apresento as hipóteses, a metodologia definida para o presente estudo discriminando o seu tipo, a população e amostra, as variáveis, os instrumentos de colheita de dados, o procedimento efectuado, assim como a forma como estes foram processados. Finalizando, apresento os resultados obtidos, a discussão dos mesmos, a conclusão do trabalho e as referências bibliográficas.

## 2- CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A relação entre cuidados paliativos e os cuidados de reabilitação pode à primeira abordagem originar alguma ambiguidade. Tookman et al (2004) também partilham desta opinião, ao referirem que o conceito de reabilitação pode parecer paradoxal nos cuidados paliativos, especialmente nos doentes com doença avançada e que estão próximos da morte. No entanto, podemos encontrar semelhanças nos objectivos estabelecidos pelas duas disciplinas.<sup>11</sup>

Nas duas últimas décadas a reabilitação do doente oncológico tem recebido pouca atenção, mas, com o aumento da sobrevivência relacionado com as novas abordagens terapêuticas, a atenção está cada vez mais a ser direccionada para a qualidade de vida desses doentes.<sup>2</sup>

Para Twycross (2003, p. 16), os cuidados paliativos são *“cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”*. Por outro lado, Hesbeen (2003, p. XI) refere que *“a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo (...) deixam de ser possíveis”*.<sup>12,13</sup>

No Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004) podemos ler que estes cuidados se destinam às pessoas que não têm perspectiva de tratamento curativo. Neste contexto, Hesbeen (2003, p. 27) diz-nos que *“a reabilitação procede de um espírito particular firmado na constatação dos limites da medicina técnico-científica”*.<sup>13,14</sup>

Os cuidados paliativos têm como objectivo ajudar a pessoa a viver o mais activamente possível até ao fim da sua vida, ajudando-os a encontrar um sentido para a sua vivência, mesmo quando se aproxima do fim. Por sua vez, o prestador de cuidados de reabilitação *“tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção”*. (Hesbeen, 2003, p. XIV).<sup>13</sup>

Os objectivos da reabilitação das pessoas com alterações na saúde a nível oncológico são semelhantes aos dos doentes com défices causados por outras patologias. Incluem a obtenção de independência na mobilidade e na satisfação das actividades de vida diárias, com ou sem ajudas técnicas. Estes objectivos devem ser definidos de acordo com o estágio da doença em que o doente se encontra.<sup>2</sup>

Os cuidados paliativos não devem ser iniciados na fase agónica, mas sim o mais precocemente possível, devendo a sua intervenção ser mais acentuada consoante a progressão da doença e o sofrimento da pessoa e da família.

Segundo Neto (2004, p.15) *“os cuidados paliativos são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença - qualquer que ela seja - quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas”*.<sup>15</sup>

Os cuidados de enfermagem de reabilitação são um processo contínuo, que também devem ser iniciados nos estádios iniciais da doença e que se podem estender para o resto da vida da pessoa, porque também assumem um carácter preventivo. Estes cuidados visam potenciar acções que o doente ainda é capaz de fazer e não têm como finalidade principal a cura.

Para Jakobsson et al (2006), os cuidados paliativos estão cada vez mais organizados dentro da configuração do sistema de cuidados de saúde. Este facto veio alterar a altura de início da prestação de cuidados paliativos, que se iniciavam na fase terminal e actualmente iniciam-se cada vez mais cedo, não se destinando apenas a pessoas com doença oncológica. Consequentemente torna-se difícil fazer a separação dos cuidados curativos e de reabilitação e os cuidados paliativos.<sup>16</sup>

Para Scialla et al (2000), as funções mental e física melhoraram com a reabilitação. Contudo, é difícil prever quais os doentes que irão beneficiar mais com a reabilitação, mas uma melhoria funcional do doente permite que os cuidadores possam distribuir o tipo e intensidade do cuidado e reduzir o peso que as famílias experienciam ao ter o doente em casa.<sup>3</sup>

O objectivo da reabilitação em contexto paliativo é, com a adequada prestação de cuidados, reduzir a incapacidade através da optimização da sua capacidade funcional, independência física e qualidade de vida. Segundo Montagnini e Lodhi (2003), existe alguma evidência de que as intervenções de reabilitação melhoram a capacidade funcional dos doentes paliativos.<sup>1</sup>

A reabilitação não irá provavelmente restituir o nível funcional que o doente apresentava antes da doença, mas pode proporcionar um razoável grau de independência.<sup>2</sup>

Existem quatro áreas fundamentais na prestação de cuidados paliativos: trabalho em equipa, apoio à família, comunicação adequada e controlo dos sintomas. Estas áreas devem ser encaradas como tendo igual importância e pode-se mesmo afirmar que, se alguma delas for descurada, não estamos a prestar cuidados paliativos.

Se os cuidados referenciados anteriormente se regem em torno de quatro áreas-chave e se é minha intenção elaborar o paralelismo que os mesmos têm com os cuidados de enfermagem de reabilitação, torna-se então imprescindível relacionar as áreas-chave dos cuidados paliativos com a enfermagem de reabilitação.

## 2.1- TRABALHO EM EQUIPA

Devido à complexidade e profundidade da sua intervenção, os cuidados paliativos só podem ser prestados por uma equipa constituída por profissionais de diferentes áreas, pois, como refere Bernardo et al (2006, p. 464), *“os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e a abordagem dos problemas que consideram todos. Incluem o doente, a família e/ou cuidadores, os prestadores de cuidados, os serviços sociais, etc., na equipa e têm como objectivo uma actuação cuja finalidade é o bem-estar global do doente e da sua família”*.<sup>17</sup>

Nesta vertente também é possível efectuar o paralelismo com a enfermagem de reabilitação, que “ *é uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. A sua prática é exercida por equipas especializadas aptas a utilizar da melhor forma os recursos disponibilizados*”.<sup>13</sup>

Para Hesbeen (2003, p. 69 e 70) interdisciplinaridade “*significa uma maneira de funcionar baseada na complementaridade de actores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação com a acção do cuidar (...) estamos perante um grupo de intervenientes com especificidades diferentes, que se complementam, mas revelam, sobretudo, uma maneira de actuar em que a noção de equipa é primordial*”.<sup>13</sup>

É importante ter em conta que a reabilitação, tal como os cuidados paliativos, é um processo complexo, muitas vezes necessita de ser abordado em diversas vertentes. Deve ter-se em atenção que todas as áreas necessitam de ser abordadas, sendo por isso fundamental um trabalho de equipa.

Segundo Castanheira e Olazabal (1998), o objectivo fundamental da equipa de reabilitação é ajudar a pessoa a atingir uma melhor qualidade de vida, através de uma maior funcionalidade e independência, tendo em conta o holístico e não apenas o físico, tendo ainda em atenção o que a pessoa é e não a sua doença. Para atingir este objectivo, utiliza em conjunto as competências de diversos profissionais de saúde.<sup>18</sup>

A equipa interdisciplinar é o núcleo dos programas de cuidados paliativos. Idealmente, os diferentes profissionais de saúde congregam as suas habilidades e perspectivas, com o objectivo de proporcionar uma abordagem holística, ajudando os doentes a clarificar os seus objectivos e valores na procura de um plano de cuidados que se adapta às suas necessidades e maximize a sua qualidade de vida.<sup>19</sup>

Hesbeen (2003, p. 63) refere que *“a multiplicidade da equipa de reabilitação é vital, porque oferece ao doente um ambiente humano diversificado, essencial à vida em sociedade. O doente pode, assim, conjugar mais facilmente os efeitos das relações formais e informais. Está, assim, em posição de, em função das suas expectativas, escolher o interlocutor”*.<sup>13</sup>

Tal como nos cuidados paliativos, a equipa forma-se para dar resposta a abordagens mais exigentes, mas dentro da equipa deve ser mantida a perspectiva dos vários profissionais. Nos cuidados paliativos e nos cuidados de enfermagem de reabilitação o sucesso da equipa depende da colaboração dos vários elementos, pois como refere Hesbeen (2003, p. 70) *“esta equipa constitui um grupo que, tal como uma corrente, não é mais forte que o mais fraco dos seus elos”*.<sup>13</sup>

## 2.2- APOIO À FAMÍLIA

A família é a unidade básica da sociedade, na qual se processam os comportamentos humanos conotados com a saúde. A unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente.<sup>20</sup>

A família tem uma influência preponderante no conceito individual de saúde e doença. É dentro da família que se desenvolve o sentimento pessoal de auto-estima e de competência. A acção desenvolvida pela ou para a pessoa com um problema de saúde depende desse auto conceito e da definição familiar de doença.

Os factores ambientais, sociais, culturais e económicos, bem como os recursos da comunidade para dar resposta às necessidades de saúde, influenciam os riscos e comportamentos de saúde familiares.

Segundo Bolander (1998), sob o ponto de vista de enfermagem o principal objectivo da família é obter, manter e restabelecer a saúde dos seus membros, o que se faz através da adaptação às influências do ambiente, que afectam tanto a saúde como a doença. A enfermagem encara a família como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento, tendo em vista um óptimo nível de saúde.<sup>20</sup>

A família pode ser o contexto em que se prestam os cuidados de enfermagem a um indivíduo ou, como um todo, constituir unidade à qual se prestam cuidados. Ao longo de toda a sua história, a prática de enfermagem promoveu a prestação de serviços em contextos familiares.<sup>20</sup>

Embora os cuidados de enfermagem incidam mais sobre os indivíduos, é importante reconhecer-se que existe uma resposta da família às necessidades de saúde e aos problemas de doença dos seus membros. A resposta familiar tem que ser tida em consideração quando se prestam cuidados a qualquer dos seus membros. Todas as pessoas que fazem parte do ambiente afectivo também são afectadas pela situação de doença.

Através do apoio familiar, o indivíduo pode desenvolver a responsabilidade de participar em actividades que conduzirão a estilos de vida mais saudáveis e obter o seu potencial máximo, física, psicológica, social e espiritualmente, por muito limitado que se tenha tornado.

Segundo Neto (2004, p. 16), *“a unidade receptora de cuidados é sempre “doente e família” e não devem considerar-se realidades desligadas.”* Para a enfermagem de reabilitação *“os próximos do doente incluem-se no grupo de actores não profissionais da equipa e são eles próprios abrangidos pelo processo de reabilitação. O papel e as necessidades ou expectativas dos próximos não podem ser minimizados”*. (Hesbeen, 2003, p. 65).<sup>13,15</sup>

Segundo Hudson et al (2008), as estratégias para apoiar os cuidadores são um componente essencial de cuidados paliativos.<sup>21</sup>

Por todos os motivos anteriormente referidos, o apoio à família é um vector fundamental de todo o cuidar, tanto na abordagem paliativa como na reabilitativa.

É também importante salientar que o conceito “família” deve ir para além do conceito de família biológica, uma vez que o cuidador principal pode não ter laços biológicos com o doente, não deixando por isso de ser uma referência nos cuidados.

### 2.3- COMUNICAÇÃO ADEQUADA

Na prestação de cuidados de saúde, uma comunicação eficaz é imprescindível para uma correcta adequação dos mesmos às necessidades da pessoa e família. A comunicação permite interagir com as pessoas que nos rodeiam e é algo que fazemos todos os dias. Como tal, algumas pessoas cometem o erro de pensar que a comunicação é algo simples de efectuar, que não necessita de especial preparação.

Os profissionais de saúde devem comunicar eficazmente com os doentes, e aqueles que transmitem informações complexas e angustiantes têm a obrigação de reforçar as habilidades ou serem apoiados por alguém com mais competência na área.<sup>22</sup>

A comunicação dos profissionais de saúde não melhora com fiabilidade apenas com a experiência. A falta de formação em comunicação contribui para o *stress* dos profissionais de saúde e dos doentes, podendo alterar a sua adesão aos tratamentos.<sup>22</sup>

Para Querido et al (2006, p. 377) *“a comunicação é um dos pilares em cuidados paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal”*. Assim, o treino das perícias básicas de comunicação deve fazer parte da formação obrigatória dos profissionais de saúde, mais ainda no caso dos que se dedicam aos cuidados paliativos.<sup>23</sup>

Os mesmos autores referem que *“no âmbito dos cuidados paliativos, entende-se que uma comunicação efectiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido nos seus cuidados, é um componente essencial da assistência”*.<sup>23</sup>

Pela complexidade das situações vivenciadas nos cuidados paliativos, a comunicação adequada assume um papel de realce na resolução de problemas.

Como refere Neto (2003), *“existem alguns problemas experimentados pela família que esta não ultrapassa com os seus recursos próprios e, por isso, carecem de intervenção profissional a fim de serem resolvidos com sucesso”*. A mesma autora refere que esses problemas resultam da falta de informação e de comunicação e que a intervenção nestas situações só será bem sucedida se existirem garantias de que o clima de comunicação é respeitado. Esta situação melhorará ainda se o profissional mostrar segurança, confiança e orientação que ajude a família a expressar as suas preocupações e emoções.<sup>24</sup>

Uma das estratégias utilizada para garantir o que foi referido anteriormente é a conferência familiar. Segundo Neto (2003), *“a conferência familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família (...) é uma reunião com plano previamente acordado entre os profissionais presentes e em que, para além da partilha de informação e de sentimentos, se pretende ajudar a mudar alguns padrões de interação na família (...) poderá ser utilizada para: clarificar os objectivos dos cuidados (...) apoiar na tomada de decisões relativamente a dilemas (nutrição, hidratação, ...), explorar expectativas e esperanças (...)”*.<sup>24</sup>

Segundo Hudson et al (2008), a comunicação efectiva entre o paciente, a família e os prestadores de cuidados de saúde é uma parte integrante da optimização dos cuidados paliativos. Os prestadores de cuidados têm a responsabilidade de oferecer reuniões familiares baseadas nas necessidades. As reuniões familiares são recomendadas como uma forma útil para os profissionais de saúde transmitirem informações, discutirem o diagnóstico, tratamento, prognóstico e também para esclarecerem os objectivos do cuidado.<sup>21</sup>

A comunicação é um dos aspectos também privilegiados pela enfermagem de reabilitação. Para Chin et al (1998) periodicamente devem ser realizadas conferências familiares para promover uma comunicação aberta entre a pessoa, a família, os profissionais de saúde, sistemas de apoio significativo e prestadores de cuidados de saúde.<sup>25</sup>

Através de uma comunicação adequada, grande parte da ansiedade do doente e da família pode ser minimizada, servindo também para o ensino de estratégias, que os mesmos podem adoptar com vista a uma melhor gestão da sua doença.

## 2.4- CONTROLO SINTOMÁTICO

Se em todas as outras áreas-chave dos cuidados paliativos foi possível estabelecer um paralelismo óbvio com a enfermagem de reabilitação, é no controlo sintomático que, à primeira abordagem, não se encontra uma correlação directa.

No entanto, como profissional que recebeu formação avançada nas duas disciplinas, entendo que a nível do controlo sintomático as mesmas têm muito em comum, embora atribuam diferentes prioridades, que se relacionam sobretudo com a natureza da abordagem.

Em vários estudos realizados sobre os principais assuntos a considerar na intervenção no sofrimento, o controlo adequado da dor/outros sintomas surge como um factor muito preponderante. Este facto vem realçar a importância que o controlo sintomático representa para os doentes em contexto paliativo.<sup>26</sup>

Nas fases mais avançadas das doenças existem inúmeras alterações que as mesmas condicionam nos diferentes órgãos, que se manifestam por um elevado número de sintomas, sendo alguns de difícil controlo. Como tal, em contexto paliativo, o controlo sintomático é sempre uma parte integrante de toda a actuação, sendo o descontrolo sintomático um critério de admissão nos serviços de cuidados paliativos.

Na definição dos objectivos da enfermagem de reabilitação, o controlo de sintomas surge de certa forma como de segunda linha, sendo a atenção dirigida principalmente para a função. Apesar disso, não se consegue dissociar a melhoria da função do controlo sintomático, pelo que o mesmo acaba por estar implícito em todas as intervenções.

É sabido que a mobilização, mesmo que passiva, é um factor fundamental para a prevenção e diminuição de algias de origem muscular e osteoarticular. Melhora a capacidade física diminuindo a sensação de cansaço. Na reabilitação cardíaca e respiratória as acções desenvolvidas contribuem para a diminuição e cessação de sintomas, como a astenia, dispneia, tosse, secreções pulmonares, ansiedade e alterações do sono.

Os sintomas que referi anteriormente encontram-se com muita frequência presentes nos doentes que necessitam de cuidados paliativos e também frequentemente nos doentes que necessitam de cuidados de reabilitação. Mas, ao analisar a tipologia de doentes que se enquadram nos dois tipos de intervenção, noto que difere em larga escala. Considero fundamental um maior enquadramento das duas intervenções.

Os doentes em cuidados paliativos têm elevados níveis de incapacidade funcional, relacionada com a progressão da doença, dor, efeitos directos do tumor, síndromes para neoplásicos e efeitos locais ou sistémicos dos tratamentos oncológicos e suas complicações.<sup>1</sup>

Nos doentes com patologia do sistema respiratório, os primeiros benefícios mensuráveis da reabilitação pulmonar são a diminuição da sintomatologia (principalmente a dispneia e a fadiga) e um aumento da tolerância ao exercício.<sup>27</sup>

Há evidência de que a reabilitação, em doentes com patologia do foro respiratório, reduz os sintomas e os internamentos no hospital, melhora a *performance*, resistência ao exercício e a qualidade de vida.<sup>11</sup>

Pessoas com doença pulmonar severa podem melhorar significativamente em termos psicológicos e diminuir a ansiedade e depressão, quando completam um programa de reabilitação pulmonar. Estes ganhos obtidos com a reabilitação verificam-se, embora os testes de função pulmonar não prevejam estas mudanças.<sup>28</sup>

A reabilitação das pessoas com doença pulmonar grave tem servido de preocupação para alcançar o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida.<sup>28</sup>

De todos os sintomas que considero importante estudar, sobre esta perspectiva, a dispneia é o que me causa um maior desafio, por ser um dos mais presentes em contexto paliativo e ao mesmo tempo ser aquele em que considero existir um maior número de intervenções a realizar em termos de competências de enfermagem de reabilitação.

Apresento de seguida uma abordagem sobre a dispneia em cuidados paliativos, seguido das intervenções de enfermagem de reabilitação, que considero contribuir para o seu controlo.

### 3- DISPNEIA

A dispneia é um dos sintomas que mais afecta a qualidade de vida do doente e família, pela sensação angustiante que transmite não apenas a quem a sente, mas também àqueles que a presenciam.

Pode levar à fadiga, dificuldade de concentração, perda de apetite, insónia, dificuldade em falar, dificuldade em desempenhar as actividades de vida diária, ansiedade, medo e pânico.

É um sintoma a que as pessoas geralmente associam à aproximação da morte.

Respirar está associado ao conceito de estar vivo. É impossível não ter medo, quando esta função está ameaçada. Para muitos doentes, pensamentos sobre a morte estão intimamente ligados com a dispneia. Parte de viver com a dispneia é também viver com o conhecimento de que estão a morrer.<sup>29</sup>

A dispneia é descrita pelos doentes como sendo algo similar à asfixia e afogamento, sendo muitas vezes referida como um potencial evento de fim de vida.<sup>30</sup>

Carneiro (2003, p. 1017) diz-nos que *“a dispneia é um sintoma por vezes difícil de caracterizar e objectivar. No seu conceito traduz-se pela consciência da necessidade de um esforço respiratório aumentado”*.<sup>31</sup>

Segundo a American Thoracic Society (1999), dispneia é o termo utilizado para caracterizar uma experiência subjectiva de desconforto respiratório. Pode ser constituído por sensações qualitativamente distintas, que variam de intensidade. A experiência deriva de interacções entre múltiplos factores (fisiológico, psicológicos, sociais e ambientais) e pode induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias.<sup>32</sup>

Azevedo (2006, p. 178) diz-nos que *“o conceito de dispneia é utilizado por alguns doentes para expressar a sensação perturbadora resultante do aumento do trabalho respiratório de qualquer etiologia. No entanto, este conceito é também utilizado, recorrendo aos mesmos termos, quando o doente pretende valorizar a sensação de limitação e perda de autonomia resultante da diminuição da tolerância ao esforço”*.<sup>33</sup>

A dispneia é um dos sintomas mais frequentes nos doentes em contexto paliativo, podendo-se manifestar em diferentes etapas do processo evolutivo da doença. No entanto, é sabido que é mais frequente nas fases mais avançadas.

A sua incidência nos doentes paliativos varia segundo os diferentes autores, mas segundo, Porta et al (2006), afecta 50% dos doentes com cancro avançado, 65% a 70% dos doentes com cancro do pulmão e 80% dos doentes nos últimos dias de vida.<sup>8</sup>

A dispneia parece ocorrer mais frequentemente, quando o *input* aferente aos receptores periféricos é reforçado ou quando existe uma percepção cortical de que o trabalho respiratório é excessivo.<sup>9</sup>

Segundo Azevedo (2006, p. 178), *“a gravidade deste sintoma depende não apenas de factores etiológicos que estão na sua origem, mas também da sensibilidade individual de cada doente que condiciona o grau de tolerância e aceitação desta manifestação clínica”*.<sup>33</sup>

A sua etiologia é multifactorial, relacionando-se com factores de ordem física, psíquica, social e espiritual. No quadro seguinte apresento algumas das causas etiológicas da dispneia.

Quadro 1 – Etiologia da Dispneia

<b>ETIOLOGIA DA DISPNEIA</b>	
<b>Consequência directa ou indirecta da invasão local ou disseminação metastática de uma neoplasia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obstrução das vias aéreas;</li> <li>✓ Invasão do parênquima pulmonar;</li> <li>✓ Linfangite carcinomatosa;</li> <li>✓ Derrame pleural;</li> <li>✓ Síndrome da veia cava superior;</li> <li>✓ Derrame pericárdico;</li> <li>✓ Ascite com distensão abdominal e elevação do diafragma.</li> </ul>
<b>Terapêutica antineoplásica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cirurgia de amputação do parênquima pulmonar;</li> <li>✓ Radioterapia com consequentes lesões fibrosantes pulmonares;</li> <li>✓ Quimioterapia com recurso a fármacos com potencialidades fibrosantes do parênquima pulmonar ou com potencial lesivo do miocárdio conducente a processos de miocardiopatia (bleomicina, adriamicina, etc.).</li> </ul>
<b>Outras causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caquexia (fraqueza dos músculos respiratórios);</li> <li>✓ Anemia;</li> <li>✓ Dificuldade na mobilização das secreções brônquicas;</li> <li>✓ Insuficiência cardíaca;</li> <li>✓ Infecção respiratória;</li> <li>✓ Tromboembolismo pulmonar;</li> <li>✓ Acidose metabólica;</li> <li>✓ Edema agudo do pulmão;</li> <li>✓ Broncospasmo;</li> <li>✓ Pneumotórax;</li> <li>✓ Dor torácica;</li> <li>✓ Ansiedade.</li> </ul>

Adaptado de Azevedo (2006)<sup>33</sup>

Como se pode observar no quadro anterior, a dispneia pode ter causas múltiplas e irreversíveis, pelo que nestas situações o tratamento é dirigido exclusivamente para o controlo sintomático.

Os esforços do tratamento deverão visar prioritariamente a expressão de dispneia no doente e não os achados objectivos. Esta distinção é importante porque os tratamentos sintomáticos são direccionados para o objectivo de aliviar o sintoma (dispneia) e não para os sinais da mesma (taquipneia, etc).

As abordagens no tratamento englobam tratar a causa da dispneia, gerir os sintomas e também a gestão das questões psicológicas que contribuem para a dispneia.<sup>9</sup>

O seu controlo significa um desafio enorme para os profissionais de saúde em todos os campos, dada a centralidade da respiração na manutenção da vida. Em cuidados paliativos a dispneia está entre os sintomas mais comuns e reside muitas vezes associada a uma curta esperança de vida do doente e maior probabilidade de ser internado no hospital.<sup>30</sup>

Modelos de cuidados agudos para a dispneia envolvem uma avaliação clínica muito detalhada, que se baseia em muitos exames complementares de diagnósticos. Em cuidados paliativos esta informação não tem muita importância, quando queremos atingir os objectivos dos mesmos, que passam por diminuir a sensação de desconforto e melhorar a qualidade de vida até que a morte ocorra.<sup>30</sup>

Como foi referido anteriormente, a dispneia é uma sensação subjectiva, sendo essa subjectividade um factor determinante na *“dificuldade, tantas vezes sentida, na correcta avaliação dos factores etiológicos e no impacto que este sintoma pode ter na qualidade de vida do doente”*, como alude Azevedo (2006, p. 178).<sup>33</sup>

A avaliação de experiências subjectivas é difícil e é tipicamente baseada na auto-avaliação, o que também sucede na determinação da dispneia.<sup>27</sup>

A apreciação da dispneia requer uma abordagem holística, para que o doente seja capaz de articular a sua percepção da experiência única, em detrimento da avaliação, que se baseia naquilo que o enfermeiro observa e pensa que sabe do sintoma do doente.<sup>30</sup>

Infelizmente existe um paradoxo fundamental associado à dispneia, em que o doente pode ter um desvio significativo na respiração que é considerada como o padrão normal, apresentando sinais como cianose, e, apesar de tudo isso, sentir-se confortável, não referir dispneia e ter uma boa qualidade de vida. De forma controversa, o doente pode não apresentar sinais objectivos de dispneia, ter uma boa função respiratória, mas referir dispneia.<sup>30</sup>

Fabro et al (2006) partilham desta opinião ao referirem que, uma vez que a dispneia é um sintoma subjectivo com múltiplas etiologias, achados objectivos como a taquipneia ou os níveis de saturação de oxigénio, podem não reflectir adequadamente o desconforto sentido pelos doentes com dispneia. A presença e a intensidade deste sintoma devem ser avaliadas usando instrumentos com escalas numéricas, verbais ou visuais analógicas. A intensidade da dispneia está incluída em múltiplos instrumentos, sendo um deles a ESAS, que explicarei posteriormente em que consiste.<sup>9</sup>

O tratamento da dispneia, em cuidados paliativos, visa então o alívio do sintoma e não a correcção dos parâmetros analíticos. Apesar disso, sempre que possível deve passar pela modificação ou remoção do seu factor etiológico.

Este pode ser efectuado com recurso a quimioterapia ou radioterapia paliativa, correcção das causas (toracocentese, paracentese evacuadora, próteses endobrônquicas, antibioterapia, etc.), terapêutica farmacológica e medidas não farmacológicas.

Os fármacos mais utilizados no controlo da dispneia são: morfina, benzodiazepinas, corticóides, broncodilatadores e oxigénio.

Tendo em conta o âmbito do presente estudo irei apenas fazer uma abordagem à utilização do oxigénio e das medidas não farmacológicas.

Ao optar-se pela administração de oxigénio ao doente com dispneia é fundamental ter em conta as seguintes considerações:

- ✓ O oxigénio aumenta a tensão do oxigénio alveolar e diminui o esforço respiratório necessário para manter uma dada tensão de oxigénio arterial;
- ✓ Deve-se controlar o débito de forma a obter saturações periféricas de O<sub>2</sub> superiores a 90%, se existe hipoxémia grave (Sat O<sub>2</sub> inferior a 90% e/ou PaO<sub>2</sub> inferior a 60 mmHg);
- ✓ Se não for eficaz não há razão para continuar a ser administrado;
- ✓ Se possível evitar a administração por máscara (seca a boca, altera a comunicação e alimentação);
- ✓ Doentes sem hipoxémia podem encontrar mais alívio ao receber ar fresco na face<sup>34</sup>;
- ✓ A maioria dos doentes que referem dispneia não estão hipoxémicos<sup>34</sup>;
- ✓ Pode ser administrado de forma contínua (dispneia em repouso) ou intermitente (dispneia de esforço);
- ✓ Optar por O<sub>2</sub> líquido para doentes que saem de casa (considerar que é mais caro).

As medidas não farmacológicas que podem diminuir a dispneia passam por explicar ao doente e família o que se está a passar, garantir um ambiente calmo, ensino de técnicas de relaxamento, posicionamento adequado, arejar o local onde o doente se encontra (abrir as janelas, ligar ventoinha). O ar fresco na face pode originar alívio, devido à estimulação do segmento V2 do V par craniano<sup>(34)</sup>, ensinar a fazer uma gestão do esforço, evitar a obstipação, evitar refeições de difícil mastigação e vestir roupas confortáveis.

A investigação indica que as medidas não farmacológicas para o controlo da dispneia podem beneficiar os doentes que se encontram no estágio terminal da sua doença.<sup>29</sup>

O alívio da dispneia nos doentes paliativos poderá também ser efectuado com recurso a cuidados de enfermagem de reabilitação, que utiliza como estratégia a reeducação funcional respiratória. Esta temática é desenvolvida no capítulo que se segue.

## 4- REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

A Reeducação Funcional Respiratória ou Cinesiterapia Respiratória consiste na utilização do movimento para o tratamento de problemas respiratórios. **A realização de reeducação funcional respiratória é uma das competências do enfermeiro de reabilitação.**

Segundo Olazabal (2003, p.1807), *“a Reeducação Funcional Respiratória actua principalmente sobre os fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, sobre a ventilação externa e, através desta, tenta melhorar a ventilação alveolar. É uma terapia não invasiva pelo que, correctamente aplicada, não tem os efeitos secundários quase sempre presentes em outros tipos de terapias. Pode ser utilizada em grande diversidade de situações e em todos os grupos etários”*.<sup>35</sup>

Tem como objectivos **reduzir os sintomas respiratórios, diminuir a incapacidade, facilitar o desempenho das actividades de vida diárias e melhorar a qualidade de vida das pessoas com sintomas/doenças do foro respiratório.** As suas intervenções passam por educação da pessoa e da família, modificação de alguns factores de risco e execução de exercícios respiratórios específicos.

Para Olazabal (2003, p.1812) *“em indivíduos secretantes crónicos a manutenção da permeabilidade das vias aéreas reflecte-se em menor número de internamentos, numa maior independência na realização das actividades de vida diária, menor cansaço e menos ansiedade relativamente à sua incapacidade, factores que traduzem um maior grau de autonomia e maior qualidade de vida que são alguns dos objectivos da reabilitação pulmonar, em cujo âmbito a Reeducação Funcional Respiratória se enquadra”*.<sup>35</sup>

Para atingir os seus objectivos, o enfermeiro de reabilitação desenvolve, entre outras, as seguintes intervenções:

- ✓ **Consciencialização da respiração;**
- ✓ **Respiração abdominal;**
- ✓ **Exercícios respiratórios torácicos com especial ênfase na inspiração;**
- ✓ **Drenagem postural;**
- ✓ **Manobras acessórias (percussão, vibração e compressão);**
- ✓ **Tosse (ensino, dirigida e assistida);**
- ✓ **Readaptação ao esforço;**
- ✓ **Relaxamento.**

Geralmente os exercícios de reeducação funcional respiratória iniciam-se com a consciencialização dos tempos respiratórios.

A **consciencialização da respiração** (controlando o ritmo, frequência e amplitude) coopera no relaxamento físico e psíquico, levando a uma ventilação mais eficaz. Segundo Olazabal (2003), contribui também para uma melhor colaboração da pessoa em todo o processo, reduz o trabalho respiratório, melhora a ventilação alveolar, melhora a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios e **promove um aumento da capacidade do doente no controlo da dispneia.**<sup>35</sup>

A pessoa deve ser incentivada a inspirar pelo nariz (onde o ar é aquecido, humidificado e filtrado) e a expirar passivamente pela boca. De forma a facilitar a propriocepção de todo o processo, é comum solicitar à pessoa para inspirar pelo nariz, como se estivesse a cheirar uma flor e expirar pela boca como se estivesse a soprar uma vela, mas sem a apagar.

Dando seguimento aos exercícios respiratórios, solicita-se a respiração abdominal. A **respiração abdominal** consiste em inspirar pelo nariz (segundo a técnica descrita anteriormente), conduzindo o ar inspirado para a base do tórax e expirar passivamente. De forma a facilitar a compreensão do doente, pedimos para inspirar pelo nariz para que o abdómen se eleve, tentando mobilizar o tórax o mínimo possível e que na expiração deixe o abdómen descer suavemente.

O doente deve ser ensinado a colocar uma mão sobre o tórax e outra sobre o abdómen, tendo assim uma percepção facilitada do movimento que se pretende.

Segundo Olazabal (2003, p. 1808) a respiração abdominal *“minimiza o trabalho respiratório, ajuda a aliviar a dispneia, promove a ventilação das bases dos pulmões, favorecendo um padrão respiratório fisiológico”*.<sup>35</sup>

Igualmente importantes são os **exercícios respiratórios torácicos, com especial ênfase para a inspiração**. Consistem na inspiração de um volume de ar mais elevado que aquele que efectuamos normalmente (volume corrente), com o objectivo de expandir o tecido pulmonar, desprendendo assim as secreções e **melhorando a ventilação alveolar**. Nestes exercícios podemos incluir uma pausa de 2 a 3 segundos após a inspiração, de forma a potenciar o seu efeito.

A **drenagem postural** tem como base a utilização dos conhecimentos de que dispomos sobre a divisão segmentar dos pulmões, e, em função da mesma, utilizar a força da gravidade para **promover a progressão e eliminação das secreções**. Segundo Hoeman (2000) este procedimento tem provado ser eficaz em pessoas que produzem quantidades abundantes de secreções.<sup>36</sup>

Nas diferentes posições em que a pessoa vai ser colocada, devem associar-se os diferentes exercícios respiratórios, de forma a potenciar a sua acção. Podem associar-se também as manobras acessórias. Para facilitar a expulsão, utiliza-se a tosse.

Na drenagem postural clássica são utilizadas posições de drenagem, com diversas inclinações, de acordo com os diferentes lobos e segmentos pulmonares. No entanto, existem doentes, nomeadamente os dispneicos, que não toleram ou têm contra-indicação para os declives em que a cabeça fica num nível inferior em relação ao resto do corpo. Nesta situação, opta-se por uma drenagem postural modificada, ou seja, uma drenagem postural sem declives que coloquem a cabeça numa posição mais baixa em relação ao corpo. De uma forma geral, o doente permanece entre 10 a 15 minutos em cada posição de drenagem.

A **drenagem postural** pode também facilitar as trocas gasosas ao contribuir para uma **diminuição do trabalho respiratório e dispneia**, ao aumentar a eficiência dos músculos respiratórios.

Apresento, de seguida, as posições de drenagem para os diferentes segmentos pulmonares e as suas contra-indicações.

Quadro 2- Posições da drenagem postural clássica

<b><i>DRENAGEM POSTURAL CLÁSSICA</i></b>	
<b>POSIÇÃO</b>	<b>SEGMENTO DRENADO</b>
<b>Fowler</b>	Segmentos apicais dos lobos superiores
<b>Decúbito dorsal</b>	Segmentos anteriores dos lobos superiores
<b>Semi-ventral esquerdo</b>	Segmento posterior do lobo superior direito
<b>Semi-ventral direito com elevação do tronco de 30 cm</b>	Segmento posterior do lobo superior esquerdo
<b>Semi-dorsal direito com declive de 35 cm</b>	Língua
<b>Semi-dorsal esquerdo com declive de 35 cm</b>	Lobo médio
<b>Decúbito ventral</b>	Segmentos apicais dos lobos inferiores
<b>Decúbito lateral direito com declive de 45 cm</b>	Segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo
<b>Decúbito lateral esquerdo com declive de 45 cm</b>	Segmento basal lateral do lobo inferior direito
<b>Decúbito dorsal com declive de 45 cm</b>	Segmentos anteriores dos lobos inferiores
<b>Decúbito ventral com declive de 45 cm</b>	Segmentos basais posteriores dos lobos inferiores

Adaptado de Heitor (1992)<sup>37</sup>

A drenagem postural clássica está contra-indicada nas seguintes situações<sup>37</sup>:

- ✓ Dispneia intensa;
- ✓ Insuficiência cardíaca direita;
- ✓ Edema pulmonar;
- ✓ Hipertensão arterial grave;
- ✓ Idade avançada/mau estado geral;
- ✓ Hemoptises;
- ✓ Hipertensão intracraniana e edema cerebral;
- ✓ Aneurisma aórtico e cerebral;
- ✓ Hérnia do hiato esofágico e regurgitação gástrica;
- ✓ Distensão abdominal;
- ✓ Cirurgias recentes;
- ✓ Após traumas de cabeça e pescoço;
- ✓ Após as refeições.

Para as pessoas que não podem efectuar a drenagem postural clássica, o enfermeiro de reabilitação pode optar pela drenagem postural modificada, que descrevo no quadro seguinte.

Quadro 3 - Posições da drenagem postural modificada

<b><i>DRENAGEM POSTURAL MODIFICADA</i></b>	
<b>POSIÇÃO</b>	<b>SEGMENTO DRENADO</b>
<b>Decúbito dorsal</b>	Lobos superiores (segmento anterior)
<b>Decúbito lateral direito</b>	Lobo inferior esquerdo
<b>Decúbito lateral esquerdo</b>	Lobo inferior direito
<b>Decúbito semi dorsal direito</b>	Língua
<b>Decúbito semi dorsal esquerdo</b>	Lobo médio
<b>Decúbito ventral</b>	Lobos inferiores (segmento posterior)
<b>Decúbito semi ventral direito</b>	Língua (segmento posterior)
<b>Decúbito semi ventral esquerdo</b>	Lobo médio (segmento posterior)

Adaptado de Heitor (1992)<sup>37</sup>

Recorrendo à utilização de manobras acessórias, o enfermeiro de reabilitação pode tornar a tosse mais produtiva, ao favorecer uma maior mobilização e eliminação de secreções. As manobras referidas anteriormente consistem em movimentos de **percussão, vibração e compressão**.

A percussão nunca deve ser desconfortável para o doente, devendo para isso ser efectuada por cima da roupa da pessoa durante um período de 2 a 3 minutos. Não deve ser efectuada sobre o esterno, vértebras, rins ou áreas dolorosas.

A vibração consiste em efectuar vibrações com as mãos, sobre a parede torácica, na fase expiratória, depois de uma inspiração profunda. As vibrações são efectuadas alternando a tensão e contracção dos músculos dos braços e ombros, persistindo ao longo de toda a expiração.<sup>36</sup>

A acção vibratória pode ser um movimento grosseiro (“*shaking*” – sacudidelas) ou um movimento fino (vibrações torácicas).<sup>38</sup>

A compressão pode ser efectuada durante a tosse, de forma a potenciar o seu efeito.

As manobras de percussão e vibração torácica estão contra-indicadas nas seguintes situações<sup>37</sup>:

- ✓ Hemoptises recentes e expectoração hemoptóica;
- ✓ Arritmias, edema pulmonar agudo e isquémia do miocárdio;
- ✓ Embolia pulmonar;
- ✓ Situações inflamatórias agudas (ex: pneumonias e tuberculose pulmonar activa);
- ✓ Bolhas, enfisema e cavidades insufladas;
- ✓ Pneumomediastino e pneumotórax;
- ✓ Fracturas de costelas;
- ✓ Osteoporose;
- ✓ Metástases ou tumores primitivos das costelas;
- ✓ Doentes heparinizados;
- ✓ Quando provocam dor.

De forma a tornar a tosse mais eficaz, não cansando o doente inutilmente, na reeducação funcional respiratória é fundamental efectuar o **ensino da tosse, tosse assistida e tosse dirigida**.

É fundamental que o doente seja ensinado a tossir, dado que a tosse é um mecanismo fisiológico muito importante na eliminação de secreções das vias respiratórias. O ensino da tosse vai permitir ao doente **obter um efeito máximo, preservando a energia** que despenderia em movimentos menos eficazes.

A tosse dirigida consiste em ajudar o doente a escolher a melhor altura para tossir, nunca esquecendo a mobilização prévia das secreções, para que a tosse seja o mais eficaz possível.

A tosse assistida consiste na utilização de manobras de compressão na base do tórax ou no abdómen, acelerando o fluxo aéreo, tornando por isso a tosse mais eficaz, com **menos dispêndio de energia para o doente**. Segundo Bárbara (2003), os principais objectivos da tosse assistida são prevenir as atelectasias e a infecção pulmonar.<sup>39</sup>

A preservação de energia descrita anteriormente contribui para a redução do esforço, no trabalho respiratório. Desta forma, coopera para a **redução da dispneia**.

Ao longo de todo o processo de reeducação funcional respiratória, é fundamental não esquecer que para favorecer a progressão e eliminação das secreções é essencial que estas estejam humidificadas. A **humidificação das secreções** permite um melhor funcionamento do sistema muco-ciliar que reveste a árvore brônquica e serve de principal mecanismo de limpeza das vias aéreas.

A humidificação das secreções pode ser efectuada através do aumento da ingestão hídrica, perfusão e inalação por aerossol. Pode ser também efectuada com recurso a fármacos.

No contexto dos cuidados paliativos, principalmente na fase agónica, há que considerar o estertor que geralmente surge associado à agonia, não se devendo por isso proceder à humidificação das secreções. Uma das estratégias de controlo deste sintoma passa precisamente pelo oposto: administrar terapêutica para secar as secreções e evitar uma hidratação excessiva.

Segundo Heitor (1992, p. 1062) *“a readaptação ao esforço é um dos componentes mais importante dum programa de Reabilitação Respiratória. O aparecimento da dispneia de esforço leva os doentes respiratórios crónicos a reduzirem a sua actividade física, iniciando um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício, o qual conduz ao aumento da fadiga muscular e à dispneia esforços cada vez menores, e ao conseqüente aumento da inactividade, com todas as conseqüências nefastas”*.<sup>37</sup>

A **readaptação ao esforço** tem como principal objectivo ensinar à pessoa algumas estratégias que permitam **conservar a energia na execução das diferentes actividades** e como é que deve actuar após a realização de um esforço, de forma a recuperar mais rapidamente.<sup>37</sup>

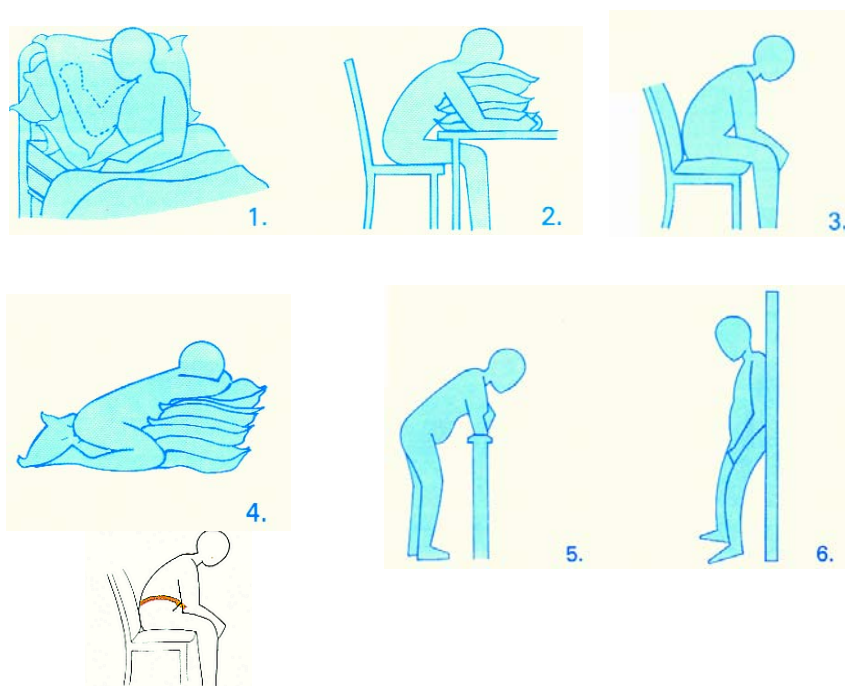
Nos programas de reabilitação respiratória, a readaptação ao esforço permite um aumento da tolerância ao mesmo e uma **redução da dispneia**, melhoria na autonomia do doente e a capacidade para realizar as actividades de vida diária.<sup>37</sup>

Consiste em ensinar o doente a respirar de uma forma mais correcta (consciencialização dos tempos respiratórios e respiração abdominal), treino específico (marcha simples, subir escadas, bicicleta ergométrica, exercícios com os membros superiores, etc...) e no ensino de posições de descanso e relaxamento.

Segundo Abreu (2003), estes posicionamentos visam colocar o diafragma numa posição de vantagem mecânica (melhor relação comprimento-tensão) e facilitar o relaxamento dos músculos acessórios.<sup>40</sup>

A posição de descanso e relaxamento mais utilizada é a posição de cocheiro, no entanto, é importante não esquecer que cada pessoa deve ser incentivada a procurar o posicionamento em que se sente mais aliviado.

Imagem 1- Posições de descanso e relaxamento



Fonte: HEITOR, C. et al. – Reeducação Funcional Respiratória. Lisboa: 2.ª ed. Boehringer Ingelheim, 1988

O relaxamento pode melhorar a sensação de falta de ar que a pessoa sente, podendo ser efectuado através de relaxamento muscular, exercícios respiratórios, pensamentos positivos e visualização, música, ioga, posicionamentos, entre outras técnicas.

De acordo com as minhas competências, irei utilizar o relaxamento muscular, exercícios respiratórios e os posicionamentos.

Um dos aspectos fundamentais na aplicação dos procedimentos anteriormente descritos é que se torna imprescindível o ensino dos mesmos à pessoa e família, de forma a capacitá-los a controlar a dispneia e a prevenir as crises.

Efectuada a abordagem teórica sobre a dispneia e as intervenções de enfermagem de reabilitação, que podem contribuir para o seu controlo, apresento no capítulo seguinte as hipóteses do presente estudo de investigação.

## 5- HIPÓTESES

Importa agora elaborar as hipóteses que permitiram verificar se existe ligação entre as variáveis que pretendo estudar.

Para Fortin (1999, p. 102), *“uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção (proposição). A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo (...) A hipótese inclui as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar”*.<sup>41</sup>

Tendo em conta que pretendo estudar em que medida os cuidados de enfermagem de reabilitação (com recurso à reeducação funcional respiratória) influenciam o controlo da dispneia e o *performance status* dos doentes em cuidados paliativos, surgem então as seguintes hipóteses para serem verificadas no presente estudo:

### HIPÓTESE A

A dispneia nos doentes que se encontram em cuidados paliativos melhora significativamente com a reeducação funcional respiratória.

### HIPÓTESE B

O *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos melhora com a reeducação funcional respiratória.

### **HIPÓTESE C**

O *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos está relacionado com a dispneia.

Perante as hipóteses que elaborei, importa definir a metodologia mais correcta para alcançar os objectivos que expus. No capítulo que se segue será descrito o processo metodológico desenvolvido.

## 6- METODOLOGIA

É na fase metodológica que o investigador define os métodos que vai utilizar para dar resposta às questões que levantou anteriormente. É constituída por quatro etapas: escolha do desenho de investigação, definição da população e amostra, definição das variáveis e escolha dos métodos de colheita e análise dos dados.<sup>41</sup>

Apresento, de seguida, as várias estratégias metodológicas que defini para a elaboração da tese de mestrado.

### 6.1- TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo pré-experimental em que se utiliza uma abordagem quantitativa.

Para Fortin (1999) este tipo de estudo tem vantagens e desvantagens. Em termos de vantagens, relacionam-se com o facto de o sujeito agir como o seu próprio controlo e de este tipo de desenho diminuir o número de sujeitos necessários.<sup>41</sup>

As desvantagens surgem da existência de várias ameaças à validade interna, pela impossibilidade de eliminar os efeitos, devido aos factores históricos, à maturação dos sujeitos, ao efeito de medida e à regressão estatística.<sup>41</sup>

Utilizou-se um delineamento de **pré-teste** (01) e **pós-teste** (02), com um único grupo, ou seja, foi efectuada a **avaliação inicial** (01), **experimento** - prestados os cuidados de reeducação funcional respiratória - (X) e efectuada uma **nova avaliação** (02), obedecendo ao seguinte esquema: 01 X 02.

No intervalo de tempo que decorre entre o pré-teste e o pós-teste os sujeitos da amostra estão expostos a factores a nível da história e da maturação, que podem explicar as diferenças ocorridas, sem que estas estejam directamente relacionadas com o tratamento instituído. No entanto, é importante ter em conta que pelo curto intervalo de tempo entre o pré-teste e o pós-teste, todos estes factores são de certa forma minimizados.

Apesar de todas as fragilidades identificadas considero ser o tipo de estudo que mais se adequa aos objectivos do presente trabalho de investigação.

## 6.2- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Seleccionado o tipo de estudo, importa agora definir a população que o mesmo engloba. Como nos diz Fortin (1999, p. 202), *“uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...) uma população particular que é submetida a um estudo é chamada de população alvo”*.<sup>41</sup>

A população alvo do meu estudo são os doentes que se encontram a receber cuidados paliativos. A população acessível (porção da população alvo que é acessível ao investigador) é constituída pelos doentes que se encontram internados no Serviço de Cuidados Paliativos da Casa de Saúde da Idanha, em Lisboa.

A população acessível foi escolhida de forma a facilitar a operacionalização do estudo, tendo em conta a proximidade da referida instituição com a área geográfica onde resido e trabalho.

Segundo Fortin (1999, p. 203), a amostra é *“uma réplica em miniatura da população alvo (...) deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”*.<sup>41</sup>

Como tal, defini como amostra 6 doentes (em que se realizaram 8 intervenções), os quais se encontravam internados no serviço anteriormente referido. O plano de amostragem é acidental, dado que a amostra *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado”*.<sup>41</sup>

Defini como critério de inclusão no presente estudo os doentes que:

- ✓ Sintam dispneia;
- ✓ Tenham capacidade para responder e compreender o instrumento de colheita de dados (escala numérica de autoavaliação).

Como critérios de exclusão defini:

- ✓ Doentes confusos;
- ✓ Doentes na fase agónica.

A definição dos critérios de exclusão tiveram com base o facto de o doente, ao estar confuso, poder não responder de uma forma fidedigna ao instrumento de colheita de dados, que, como irei especificar posteriormente consiste numa escala numérica de autoavaliação.

A exclusão do doente agónico prende-se com a inviabilidade de alterar o *performance status* nesta fase.

### 6.3- VARIÁVEIS

A variável independente é a intervenção de reeducação funcional respiratória, pois, como nos diz Fortin (1999, p. 37), *“a variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. A variável independente ou explicativa é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção”*.<sup>41</sup>

As variáveis dependentes são a dispneia sentida pelos doentes e o *performance status* dos mesmos, pois são as variáveis que sofrem o efeito da variável independente.

### 6.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados escolhidos são a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e a Palliative Performance Scale (PPS).

A escolha sobre estes instrumentos de colheita de dados prendeu-se, entre outros critérios, com o facto de serem utilizados em contexto de cuidados paliativos para recolher a informação que pretendo obter, sendo por isso os instrumentos também utilizados no local onde vou efectuar a colheita de dados.

Este factor é importante, porque, além de serem utilizados na realidade que estou a estudar, também são instrumentos a que os doentes estão de certa forma habituados a responder. Facilitando a sua aplicação, também podem diminuir o enviesamento dos dados.

A cooperação dos doentes em responder a instrumentos de colheita de dados com vários itens é excelente até um mês antes da morte, mas a utilização de métodos mais simples que exigem um mínimo de esforço e concentração é aconselhável nas últimas semanas de vida.<sup>42</sup>

Vários estudos têm demonstrado a simplicidade, validade e aplicabilidade da ESAS, sendo um elemento útil nas últimas semanas de vida.<sup>42</sup>

A ESAS é um instrumento de avaliação conciso, utilizado em cuidados paliativos para apreciar múltiplos sintomas. Avalia uma combinação de problemas físicos e psicológicos em torno de uma forma global de bem-estar.<sup>43</sup>

Tem sido demonstrado que é uma ferramenta de auditoria para a avaliação de padrões de sintomas em doentes paliativos e que também permite efectuar comparações institucionais.<sup>42</sup>

Esta ferramenta foi projectada para ajudar na mensuração de nove sintomas frequentes em doentes oncológicos: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, falta de apetite, bem-estar e falta de ar. Existe também uma linha intitulada "outro problema", onde se pode acrescentar outros sintomas que não os referidos anteriormente.<sup>44</sup>

A severidade no momento da avaliação de cada sintoma é classificada de 0 a 10 numa escala numérica; 0 significa que o sintoma está ausente e 10 traduz a pior gravidade possível para o sintoma.<sup>44</sup>

A ESAS tem diversas vantagens, sendo uma delas o facto de os doentes referirem directamente a intensidade dos seus sintomas, permitindo uma apreciação global da sintomatologia de cada doente. Facilita também a representação gráfica de padrões de sintomas, o que é útil para os médicos e enfermeiros.<sup>42</sup>

Os registos da ESAS permitem obter um perfil sobre os sintomas do doente ao longo do tempo, facilitando a compreensão da sintomatologia.<sup>44</sup>

Outra das vantagens prende-se com o facto de permitir aos profissionais de saúde fazer uma rápida avaliação e interpretação da intensidade dos sintomas.<sup>42</sup>

Para os doentes também traz benefícios, uma vez que a ESAS é fácil de aplicar e requer um mínimo de esforço e concentração do doente.<sup>43</sup>

A ESAS deve ser preferencialmente preenchida pelos doentes, mas, se o mesmo não for possível, o familiar ou o profissional de saúde podem ajudar. Se o doente não pode participar na avaliação dos sintomas ou se recusa, a ESAS deve ser preenchida pelos familiares.<sup>44</sup>

Nesta escala, na sua adaptação portuguesa, a dispneia é avaliada pelos termos *pior sensação de falta de ar possível* (a que é atribuída a pontuação de 10) e *sem falta de ar* (a que é atribuída a pontuação 0). (Anexo I).

A Palliative Performance Scale é a escala utilizada nos serviços de cuidados paliativos, que permite estabelecer um prognóstico mais objectivo e descrever o nível funcional do doente. Engloba 5 parâmetros, que são avaliados pelo observador: mobilidade, actividade e evidência de doença, auto cuidado, ingestão e estado de consciência. (Anexo II).

A escala atribui um *score* ao doente, apresentado entre os valores de 0% a 100%. Quanto mais baixo é o *score*, menor capacidade funcional do doente e maior proximidade da morte. O *score* 0% significa a morte do doente, o *score* 100% é atribuído ao doente que não tem alteração do seu *performance status*.

As pontuações na PPS são determinadas pela leitura na horizontal em cada nível, de forma a encontrar o *score* mais adequado para o doente, sendo atribuído em %.

Deve-se começar pela coluna da esquerda (mobilidade) e identificar o nível adequado onde o doente se encontra. De seguida, devemos ler a próxima coluna e ajustar o nível que o doente apresenta. Este passo é repetido até à escolha do nível na última coluna. Desta forma, as colunas à esquerda são determinantes mais fortes e têm precedência sobre as que se encontram à direita.

A pontuação na PPS ocorre em incrementos de 10%. Por vezes não é fácil obter a mesma, porque há doentes que podem apresentar um nível numa coluna e um nível superior ou inferior noutra. Quando isto acontece é necessário fazer um ajuste, tendo em conta a avaliação clínica do doente e a precedência da coluna da esquerda. Por exemplo: uma avaliação de 45% não é possível; deve-se ter em conta os factores referidos anteriormente, para determinar se o *score* é 40% ou 50%.<sup>45</sup>

A PPS pode ser utilizada para diversas finalidades. Em primeiro lugar, é uma excelente ferramenta de comunicação que permite descrever rapidamente o actual nível funcional do doente. Segundo, pode ter valor no critério de avaliação de trabalho ou outras medidas e comparações. Finalmente, parece ter valor prognóstico.<sup>45</sup>

A PPS fornece informação que permite medir o declínio progressivo dos doentes paliativos. É um instrumento válido e digno de confiança e correlaciona-se bem com os tempos médios de sobrevivência para pacientes com cancro. Verificou-se útil para efeitos de identificação e acompanhamento de eventuais necessidades de doentes em cuidados paliativos, particularmente porque essas necessidades mudam com a progressão da doença.<sup>46</sup>

## 6.5- PROCEDIMENTO

O pedido de autorização para a realização do estudo foi efectuado à responsável pelo serviço onde o mesmo decorreu, sendo para isso disponibilizado o projecto da tese. Posteriormente, foi efectuada uma reunião para formalizar o pedido e respectiva autorização, onde também foram salvaguardadas as questões éticas.

Foi dada autorização para a consulta do processo clínico do doente e solicitada a colaboração dos enfermeiros do serviço, no sentido de sinalizarem os doentes com dispneia.

Como referi anteriormente, a temática abordada está pouco estudada, não existindo profissionais de enfermagem a desenvolver intervenções neste sentido. Como tal, de forma a colher a informação que necessito para a elaboração do estudo, desloquei-me ao serviço de internamento e efectuei a prestação dos cuidados de reabilitação, com vista ao controlo da dispneia.

Para proceder à colheita de dados, identifiquei os doentes que apresentavam dispneia e apliquei a ESAS a fim de quantificar o grau da mesma, tendo também efectuado a identificação de outros sintomas presentes no momento.

Após a recolha destes dados, procedi ao planeamento das intervenções de reeducação funcional respiratória a instituir e realizei as mesmas.

No fim da intervenção voltei a aplicar a ESAS de maneira a determinar a sensação de falta de ar que sentiam no momento. De referir que não voltei a avaliar os restantes sintomas, uma vez que os doentes no final da sessão de reeducação funcional respiratória encontravam-se extremamente descontraídos e sonolentos, não me parecendo, por isso, oportuno submetê-los a mais uma apreciação dos restantes sintomas.

O *score* na PPS, que os doentes apresentavam antes da intervenção de reeducação funcional respiratória, foi colhido no momento da identificação do doente, através de informação existente no processo clínico e informação fornecida pelos profissionais do serviço.

A PPS foi novamente avaliada no dia seguinte às intervenções, por entender que as intervenções de reeducação funcional respiratória não têm um efeito imediato na performance destes doentes, por estarem num contexto de cuidados paliativos, portanto, com doença incurável e progressiva. Além disso não seria pertinente avaliar o *performance status* de um doente após uma crise de dispneia.

Posteriormente irei especificar as intervenções de reeducação funcional respiratória que realizei.

Os dados relativos à caracterização da amostra foram colhidos do processo clínico e registados numa base de dados do Microsoft Office Access 2007, criada para o efeito.

## 6.6- PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Os aludidos elementos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 16.0 de 2007. As técnicas estatísticas aplicadas foram:

- ✓ Frequências: absolutas e relativas;
- ✓ Medidas de tendência central: média aritmética e moda;
- ✓ Medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão;
- ✓ Coeficientes: correlação de Spearman;
- ✓ Testes de hipóteses: teste de Wilcoxon; teste da significância de um coeficiente de correlação de Spearman.

A opção por testes paramétricos justifica-se pelo facto de estarmos em presença de uma amostra de tamanho pequeno. Nos testes fixou-se o valor de 0.05 para o nível de significância.

## 7- TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

No presente capítulo apresento a análise dos dados/resultados que se obtiveram com a aplicação dos instrumentos de colheita utilizados e com o tratamento estatístico efectuado.

No estudo estiveram envolvidos seis doentes, a maioria dos quais, concretamente 66,7% eram do sexo feminino (tabela 1). As idades variaram entre 60 e 86 anos, sendo a idade média de 72,83 anos, com desvio padrão de 9,95 anos.

Tabela 1  
Doentes segundo o sexo e a idade

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	2	33,3
Feminino	4	66,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

<b>IDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
60	1	16,7
67	2	33,3
75	1	16,7
82	1	16,7
86	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Da análise dos resultados apresentados no quadro 4, verificamos que para todos os doentes o internamento foi motivado pela necessidade de controlo sintomático. Concluimos também que para 50,0% dos doentes o internamento foi também motivado pela ausência de cuidador e ainda 33,3% por exaustão familiar.

Os sintomas mais frequentes eram a dor (83,3%), o cansaço (66,7%), as náuseas (50,0%), a depressão (50,0%), a sonolência (50,0%), a falta de apetite (50,0%) e a falta de ar (50,0%).

Quadro 4  
Motivo do internamento e sintomas presentes

<b>MOTIVO DE INTERNAMENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Controlo sintomático	6	100,0
Ausência de cuidador	3	50,0
Exaustão familiar	2	33,3
<b>SINTOMAS QUE MOTIVARAM O INTERNAMENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Dor	5	83,3
Cansaço	4	66,7
Náuseas	3	50,0
Depressão	3	50,0
Ansiedade	2	33,3
Sonolência	3	50,0
Falta de apetite	3	50,0
Bem-estar	2	33,3
Falta de ar	3	50,0

Os diagnósticos dos doentes (tabela 2) eram neoplasia da mama (33,3%), adenocarcinoma do recto (16,7%), carcinoma do pavimento da cavidade oral (16,7%), neoplasia do colo do útero (16,7%) e tumor das vias biliares (16,7%), ou seja, todos os doentes apresentavam doença oncológica.

Metade dos doentes não apresentava metástases e dos restantes 50,0%, 16,7% tinham metástases hepáticas, cervicais (16,7%) e (16,7%) cutâneas (tórax).

Tabela 2  
Doentes segundo o diagnóstico e a metastização da doença

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Neoplasia da mama	2	33,3
Adenocarcinoma do recto	1	16,7
Carcinoma do pavimento da cavidade oral	1	16,7
Neoplasia do colo do útero	1	16,7
Tumor das vias biliares	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

<b>DOENÇA METASTIZADA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Não	3	50,0
Metástases hepáticas	1	16,7
Metástases cervicais	1	16,7
Metástases cutâneas (tórax)	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Analisando os resultados apresentados na tabela 3, podemos verificar que metade dos doentes tinham antecedentes pessoais, que por si só, independentemente da doença oncológica, podiam originar a dispneia, nomeadamente DPOC (16,7%), cardiopatia hipertensiva (16,7%) e infecção por HIV (16,7%).

No que concerne aos tratamentos cirúrgicos prévios ao internamento, verificamos que 33,3% fizeram mastectomia radical e que 16,7% foram sujeitos a ganglioectomia mediana com esvaziamento cervical, ressecção do recto, histerectomia radical ou hepatectomia parcial.

Verificamos também que antes do internamento 50,0% dos doentes fizeram tratamentos de radioterapia, que 16,7% fizeram quimioterapia e que os restantes 33,3% fizeram ambos os tratamentos.

Tabela 3  
Doentes segundo os antecedentes pessoais relevantes, os tratamentos cirúrgicos  
e os tratamentos médicos prévios ao internamento

<b>ANTECEDENTES PESSOAIS RELEVANTES</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nenhum	3	50,0
DPOC	1	16,7
Cardiopatía hipertensiva	1	16,7
Infecção por HIV	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>TRATAMENTOS CIRÚRGICOS PRÉVIOS AO INTERNAMENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Mastectomia radical	2	33,3
Ganglioectomia mediana com esvaziamento cervical	1	16,7
Ressecção do recto	1	16,7
Histerectomia radical	1	16,7
Hepatectomia parcial	1	16,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>TRATAMENTOS MÉDICOS PRÉVIOS AO INTERNAMENTO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Quimioterapia	1	16,7
Radioterapia	3	50,0
Quimioterapia e radioterapia	2	33,3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Através dos dados apresentados no quadro 5, podemos verificar que na avaliação inicial (01) os sintomas mais frequentes eram cansaço (83,3%), pior nível de bem-estar (83,3%) e dor (50,0%).

Quadro 5  
Sintomas presentes na avaliação inicial

<b>SINTOMAS PRESENTES NA AVALIAÇÃO INICIAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Dor	3	50,0
Cansaço	5	83,3
Pior nível de bem-estar	5	83,3
Depressão	2	33,3
Ansiedade	2	33,3

Quanto à reeducação funcional respiratória realizada, verificamos (quadro 6) que em todos os doentes foi efectuado o posicionamento e a consciencialização da respiração, em 87,5% o ensino da respiração abdominal e em 12,5% foram realizados exercícios respiratórios torácicos com especial ênfase na inspiração. A tosse (assistida e dirigida) foi desenvolvida em 12,5% dos doentes.

Quadro 6  
Intervenção de reeducação funcional respiratória realizada

<b>INTERVENÇÃO DE RFR REALIZADA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Posicionamento	8	100,0
Consciencialização da respiração	8	100,0
Ensino da respiração abdominal	7	87,5
Exercícios respiratórios torácicos com especial ênfase na inspiração	1	12,5
Tosse (assistida e dirigida)	1	12,5

Quanto à terapia farmacológica administrada em SOS, verificamos (quadro 7) que 66,7% dos doentes não necessitaram de qualquer terapêutica. Porém, a 33,3% foi administrada morfina e 16,7% necessitaram de dexametasona, acontecendo igual percentagem ao lasix.

Quadro 7  
Terapêutica farmacológica administrada em SOS

<b>TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA ADMINISTRADA EM SOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nenhuma	4	66,7
Morfina (via subcutânea)	2	33,3
Dexametasona (via subcutânea)	1	16,7
Furosemida (via subcutânea)	1	16,7

No que diz respeito ao tempo decorrido entre a primeira intervenção de reeducação funcional respiratória e a morte dos doentes, podemos observar que 50% dos doentes faleceu num período igual ou inferior a 3 dias, e que nenhum doente viveu mais de 58 dias.

Quadro 8  
Tempo decorrido entre a primeira intervenção e a morte dos doentes

<b>Doentes falecidos</b>	<b>Nº de dias entre a primeira intervenção e o falecimento</b>
Doente 1	2
Doente 2	21
Doente 3	58
Doente 4	3
Doente 5	14
Doente 6	2

Analisando os dados apresentados no quadro 9, podemos verificar que, antes da realização da intervenção de reeducação funcional respiratória, a aplicação da ESAS permitiu obter resultados compreendidos entre 3 e 10 pontos, sendo a média 6.50 pontos com desvio-padrão de 2.67 pontos. Após a intervenção observamos resultados compreendidos entre 0 e 8 pontos. A pontuação média situou-se nos 2.83 pontos, sendo o desvio-padrão de 2.82 pontos.

Para testar a hipótese A *“a dispneia nos doentes que se encontram em cuidados paliativos melhora significativamente com a reeducação funcional respiratória”* efectuou-se a comparação da avaliação da falta de ar antes (01) e após a intervenção (02) de reeducação funcional respiratória, aplicando o teste Wilcoxon. Verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.006$ ). Este facto, aliado à diminuição dos valores do início para o final da intervenção, permite concluir que os dados corroboram a hipótese formulada, ou seja, que *a reeducação funcional respiratória conduz a uma melhoria significativa da dispneia nos doentes que se encontram em cuidados paliativos.*

Quadro 9

Avaliação da falta de ar (ESAS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada e comparação entre os dois momentos

DOENTE	Falta de ar inicial (ESAS)	Falta de ar após RFR (ESAS)	Z	P
1	7	3	-2.539	0.006
	4	2		
2	9	5		
3	3	0		
	4	0		
4	10	8		
5	9	0		
6	6	3		
Média	6.50	2.83		
D. Padrão	2.67	2.82		

Relativamente ao *performance status* dos doentes, verificamos (quadro 10) que, na avaliação inicial, a aplicação da PPS permitiu obter resultados compreendidos entre 30 e 60 pontos, sendo a média de 41.258 pontos, com desvio-padrão de 9.91 pontos. Após a intervenção, observamos efeitos que se situaram entre 10 e 40 pontos, apresentando uma média de 33.75 pontos, com desvio-padrão de 10.61 pontos.

Com a aplicação do teste Wilcoxon, testou-se também a hipótese B, “*o performance status dos doentes que se encontram em cuidados paliativos melhora com a reeducação funcional respiratória*”. As diferenças observadas podem ser consideradas estatisticamente significativas ( $p = 0.042$ ), mas tendo em conta que em todos os doentes houve um agravamento do *performance status*, os dados estatísticos são significativos para a hipótese contrária à que foi formulada, pelo que não confirmam a hipótese B.

No entanto, não podemos afirmar que o *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos piora após a reeducação funcional respiratória. É necessário efectuar uma reflexão sobre estes dados e todo o contexto onde os mesmos foram colhidos. A mesma será apresentada no capítulo seguinte.

Quadro 10  
Avaliação do *performance status* (PPS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada e comparação entre os dois momentos

DOENTE	<i>Performance status</i> inicial (PPS)	<i>Performance status</i> final (PPS)	Z	P
1	50%	30%	-1.732	0.042
2	30%	10%		
3	40%	40%		
4	40%	40%		
5	60%	40%		
6	40%	40%		
Média	41.25	33.75		
D. Padrão	9.91	10.61		

Pela observação dos dois quadros anteriores, podemos concluir que apenas dois doentes (33,3%) foram sujeitos a duas intervenções de reeducação funcional respiratória, sendo os restantes submetidos a apenas uma intervenção.

Procedemos ainda ao teste da hipótese C, “o *performance status* dos doentes que se encontram em cuidados paliativos está relacionado com o controlo da dispneia”. Para tal procedemos ao estudo da correlação entre os *scores* observados para as duas variáveis antes e após a intervenção funcional respiratória realizada, através do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância.

Os resultados apresentados no quadro 11 permitem-nos afirmar que nenhuma das correlações poder ser considerada estatisticamente significava ( $p > 0.05$ ), pelo que concluímos que os dados não corroboram a hipótese formulada.

Quadro 11  
Correlação do *performance status* (PPS) com a falta de ar (ESAS) antes e após a intervenção de reeducação funcional respiratória realizada

Variáveis	<i>Performance status</i> inicial (PPS)		<i>Performance status</i> final (PPS)	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
<b>FALTA DE AR INICIAL (ESAS)</b>	+0.54	0.164	+0.28	0.505
<b>FALTA DE AR APÓS RFR (ESAS)</b>	+0.35	0.397	-0.13	0.763

Efectuada a apresentação e análise dos dados/resultados, apresento de seguida a discussão dos mesmos.

## 8- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a discussão e melhor compreensão dos dados apresentados, torna-se imprescindível iniciar esta abordagem pela informação que caracteriza a amostra em estudo, uma vez que tem um papel preponderante nos resultados obtidos.

A média de idades é elevada (72,83 anos), espelhando a realidade portuguesa, que apresenta um envelhecimento continuado consequência dos ganhos em saúde, que têm influenciado a esperança média de vida.<sup>47</sup>

É fundamental ter em consideração que o aumento da longevidade não é exclusivo da população portuguesa, sendo uma realidade em todo o mundo. Existem cada vez mais pessoas a morrer de doenças crónicas e, como tal, com múltiplos sintomas muitas vezes complexos, que se fazem sentir durante muitos anos. A longevidade está associada a sintomas desagradáveis e prolongados e a co-morbilidades que afectam a capacidade do doente para uma vida mais autónoma.<sup>48</sup>

O aumento da esperança média de vida não significa que actualmente se viva e morra melhor. De facto, os avanços da Medicina remeteram para *“um ambiente onde predomina o carácter premente da cura ou a prevenção da doença, tornando-se difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes com sofrimento intenso na fase final de vida e a ajuda que necessitam para continuarem a viver com dignidade e qualidade”*.<sup>14</sup>

Tendo como base a realidade descrita anteriormente, em 1968, Cicely Saunders, em Inglaterra, e posteriormente Elisabeth Kubler-Ross, nos Estados Unidos da América, deram origem ao “movimento dos cuidados paliativos”. Esta iniciativa esteve na origem do conceito de cuidados paliativos, tal como o conhecemos na actualidade.

No Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004, P. 1-2), podemos ler que *“a cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objectivo dos serviços de saúde”*. Neste contexto, *“o envelhecimento da população, o aumento da incidência do cancro e a emergência da SIDA, tornam os doentes que carecem de cuidados paliativos num problema de enorme impacto social e importância crescente em termos de saúde pública”*.<sup>14</sup>

Estas características estão espelhadas nos sujeitos a que este estudo de refere.. Podemos verificar que o internamento de 100% dos doentes que constituem a amostra se deveu à necessidade de controlo sintomático, sendo a dor (83,3%), o cansaço (66,7%) e a falta de ar (50%) os sintomas com mais relevo. Todos os doentes sofriam de doença oncológica, sendo que 50% tinham metastização da doença.

Se a estes dados juntarmos outras patologias de que os doentes em estudo padeciam, verificamos que existem antecedentes pessoais relevantes em 50% da amostra (DPOC, cardiopatia hipertensiva e infecção por HIV) que, mesmo em doentes que se encontram numa fase mais inicial da doença, podem condicionar o aparecimento da dispneia e agravamento do *performance status*.

Num estudo realizado por Solano et al (2006), notou-se que, nos doentes com infecção por HIV, insuficiência cardíaca e DPOC, existiam 11 sintomas frequentes nas fases avançadas da doença, à semelhança das pessoas com doença oncológica.<sup>48</sup>

Segundo Fabbro et al (2006), existe uma grande variação na prevalência da dispneia nos doentes com cancro (21% a 79%) e nos que apresentam síndrome de imunodeficiência adquirida (11% a 62%). Como podemos verificar as duas situações podem ser responsáveis pelo surgimento da dispneia numa elevada percentagem de doentes.<sup>9</sup>

A este respeito, Indelicato (2007) afirma que a dispneia é um dos sintomas mais comuns em cuidados paliativos, não sendo apenas um sintoma de doença pulmonar severa, mas também associada a uma variedade de doenças, como cancro, insuficiência cardíaca, doenças neurológicas e síndrome de imunodeficiência adquirida. É um sintoma muito prevalente em doentes com insuficiência cardíaca, com 61% das pessoas a sentirem dispneia no último ano de vida. Segundo dados de 1986 do National Hospice Study, 24% dos doentes em cuidados paliativos, com dispneia, não tinham evidência de doença pulmonar ou cardíaca.<sup>49</sup>

Além de todas as debilidades referidas anteriormente, os sujeitos que constituem a amostra, foram submetidos a tratamentos (cirúrgicos e médicos), que eventualmente podem contribuir para a dispneia e diminuição do *performance status*.

A realização de quimioterapia e/ou radioterapia também é susceptível de contribuir para o surgimento ou aumento da dispneia, assim como o agravamento do *performance status*. Segundo Jingfang et al (2006), as lesões pulmonares induzidas pela radiação são muito comuns e a quimioterapia também pode danificar os pulmões.<sup>50</sup>

Abordando esta temática, Azevedo (2008, p. 180) refere que entre os factores etiológicos da dispneia está a radioterapia *“com consequentes lesões fibrosantes pulmonares”* e a *“quimioterapia com recurso a fármacos com potencialidades fibrosantes do parênquima pulmonar ou com potencial lesivo do miocárdio conducente a processos de miocardiopatia”*.<sup>33</sup>

No contexto em estudo, a presença destes antecedentes pessoais, associada à doença oncológica, pode, sem dúvida, potenciar o agravamento da dispneia e do *performance status* dos doentes. Como nos diz Indelicato (2007) a etiologia da dispneia é multifactorial e pode resultar do compromisso de um ou mais sistemas.<sup>49</sup>

Abordando esta temática, e citando Azevedo (2006, p. 179), *“são, de facto, muitos os factores que estão na génese da sensação subjectiva de dispneia e que variam desde factores de natureza física a outros de natureza psíquica, social e espiritual”*.<sup>33</sup>

Ao associarmos todos os factores que referi anteriormente, podemos concluir que são sem dúvida preponderantes para a degradação da condição de saúde dos doentes. Segundo vários autores, a debilidade física é também um dos factores etiológicos da dispneia.<sup>51, 52</sup>

A este respeito, Gonçalves (2002, p. 68) afirma que *“as causas da dispneia podem ser múltiplas e, eventualmente, não relacionadas com a doença oncológica. Num estudo, só 39% dos doentes com cancro terminal tinham envolvimento da pleura ou dos pulmões. Havia história de doença cardíaca em 34,3% e de doença pulmonar em 24,3%. Em 23,9% a causa não pôde ser identificada, tendo a dispneia sido atribuída à debilidade geral dos doentes”*.<sup>53</sup>

Como tal, com o aproximar da morte ou o agravamento da funcionalidade do doente, existe uma tendência para a dispneia se tornar mais problemática em termos de frequência e intensidade. É importante salientar que muitos outros sintomas ocorrem juntos com a dispneia.<sup>54</sup>

De facto, foi possível verificar que os doentes em estudo apresentavam vários sintomas, concomitantemente com a dispneia. No momento da avaliação inicial, estavam presentes: dor (50%), cansaço (50%), pior nível de bem-estar (50%), depressão (33,3%) e ansiedade (33,3%).

Os sintomas referidos anteriormente, quando mal controlados, são capazes de agravar a dispneia. Neste sentido, um inadequado controlo de sintomas pode levar à depressão e ansiedade, que contribuem para a fadiga. É sabido que, quando os doentes ficam com falta de ar, quase todos sentem também fadiga.<sup>54, 55</sup>

A fadiga é o sintoma mais frequente nos doentes com cancro avançado. Vários estudos reportam uma prevalência entre 60% e 90%.<sup>55</sup>

A prevalência da depressão situa-se entre 10% e 28% e aumenta nas fases avançadas da doença e com o descontrolo sintomático.<sup>56</sup>

A prevalência da ansiedade também aumenta com o avançar da doença e com o declínio da capacidade funcional do doente, podendo ter um papel importante na exacerbação dos sintomas. Este facto é mais evidente num contexto em que a vida está em risco.<sup>6, 56</sup>

Segundo Indelicato (2007), a ansiedade pode ser a causa ou um factor de exacerbação da dispneia. A este respeito, Syrett e Taylor (2003) afirmam que a ansiedade pode aumentar a sensação de falta de ar e reduzir a capacidade do doente para lidar com o sintoma.<sup>29, 49</sup>

Thomas e Gunten (2003) partilham desta opinião, referindo que os doentes frequentemente referem ansiedade associada à dispneia. A dispneia pode levar à ansiedade, e a ansiedade pode exacerbar a dispneia. Muitos doentes podem não ser capazes de distinguir a ansiedade da dispneia, uma vez que são sentidas simultaneamente.<sup>57</sup>

De forma a enriquecer este estudo, teria sido pertinente voltar a avaliar todos os sintomas após a intervenção, e não apenas a dispneia. Mas, como referi anteriormente não me pareceu adequado interromper o relaxamento alcançado com os cuidados que prestei.

Outro factor, que poderia ter contribuído para o enriquecimento do estudo, relaciona-se com o desenvolvimento de várias intervenções no mesmo doente. Como foi possível observar, na amostra obtida, quatro doentes foram alvo de apenas uma intervenção de reeducação funcional respiratória e apenas dois doentes foram alvo de duas intervenções.

De realçar que nenhum doente realizou mais de duas intervenções de reeducação funcional respiratória, pelos motivos que explico de seguida.

Um dos doentes (doente 1) a quem prestei os cuidados por duas vezes, em dias seguidos, faleceu no final do segundo dia. A salientar que no final da segunda intervenção referia falta de ar grau 2 (horas antes de falecer).

Em dois doentes (doente 2 e 3) surgiu um quadro confusional, não podendo, por isso, serem novamente incluídos no estudo, visto ser um dos critérios de exclusão. O doente 2 faleceu ao fim de 21 dias, tendo realizado apenas uma intervenção, após a qual não voltou a referir dispneia.

O doente 3 faleceu 58 dias após a primeira intervenção. No entanto, foi submetido a duas sessões de reeducação funcional respiratória. Este doente manteve a dispneia e, apesar de não poder ser incluído no estudo, foram mantidas as intervenções, durante as deslocações ao serviço, com aparente alívio do sintoma.

O doente 4 teve um agravamento da sua situação, no dia a seguir à realização da reeducação funcional respiratória, com necessidade de recorrer à sedação. Por este motivo o doente deixou de reunir os critérios necessários para voltar a ser incluído no estudo. Faleceu três dias após a única intervenção que efectuei com o objectivo de controlar a dispneia.

O doente 5 faleceu 14 dias após a intervenção de reeducação funcional respiratória, que só foi efectuada uma vez, porque não voltou a referir dispneia.

O doente 6 entrou em agonia no dia seguinte à minha intervenção, tendo falecido 24 horas depois.

Reflectindo sobre a evolução da doença, nos doentes que referi anteriormente, torna-se óbvio o motivo pelo qual este estudo é constituído por uma amostra pequena. De facto, a recolha de dados decorreu entre Abril de 2008 e Outubro de 2008, tendo obtido uma amostra de 6 doentes.

Sendo um dos pilares dos cuidados paliativos o controlo sintomático e a dispneia um dos sintomas frequentes, é de esperar que num serviço que possui estas características este sintoma esteja bem monitorizado e controlado. Deste modo, a descompensação da dispneia surge nos últimos dias/horas de vida.

Da mesma forma, o facto de não exercer funções no referido serviço tem uma enorme influência na identificação dos doentes com falta de ar. A dispneia tem factores desencadeantes, sendo um deles a actividade desenvolvida na satisfação das actividades de vida diária. Pode estar também relacionada com a ansiedade do aproximar da noite. Não exercendo funções no serviço, torna-se difícil estar presente sempre que uma crise de dispneia é desencadeada.

Esta circunstância remete para outra dificuldade, que está intimamente ligada com a anterior: o facto de ter que ser eu a efectuar os diferentes procedimentos de reeducação funcional respiratória e as respectivas avaliações. Se houvesse enfermeiros a desenvolverem este tipo de estratégias, em serviços de cuidados paliativos, de uma forma uniforme, poderia ter sido explicado aos mesmos os objectivos do estudo e solicitada a sua colaboração.

As intervenções de reeducação funcional respiratória que realizei consistiram em, primeiramente, posicionar os doentes de uma forma mais confortável. Esta acção foi efectuada de forma que a correcta execução dos restantes procedimentos fosse possível.

Após o posicionamento, ensinei os doentes a efectuar a consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios. Estes procedimentos foram efectuados a todos os sujeitos que constituem a amostra.

Devido ao facto de nenhum dos doentes se encontrar broncorreico, nem com tosse, houve cuidados de reeducação funcional respiratória que não foram efectuados (drenagem postural, manobras acessórias como percussão, vibração e compressão). Apenas um doente apresentava expectoração, pelo que os exercícios respiratórios com especial ênfase na inspiração e a tosse assistida e dirigida só a ele foram efectuados.

O relaxamento foi alcançado devido ao facto de terem realizado os exercícios respiratórios, associado ao facto de sentirem alívio da dispneia. De referir que grande parte dos doentes ficou a dormir após a realização de reeducação funcional respiratória.

Devido ao facto de se encontrarem num estágio avançado da doença, com um baixo *score* na PPS e de a dispneia surgir num contexto de progressão da doença, o ensino sobre a readaptação ao esforço também não foi efectuado.

Durante a execução da reeducação funcional respiratória não se encontrava nenhum familiar junto do doente, o que impossibilitou a inclusão da família neste processo, que englobaria o ensino das intervenções desenvolvidas.

Na aplicação do processo de enfermagem, é fundamental considerar a especificidade do doente, para uma correcta definição das intervenções a desenvolver. Assim sendo, não me limitei ao desenvolvimento de uma série de procedimentos previamente estudados, mas, sim, na sua adaptação à pessoa a quem prestei cuidados.

No que diz respeito à terapêutica farmacológica administrada em SOS (imediatamente antes do início da reeducação funcional respiratória), podemos afirmar que apenas foi utilizada em 2 doentes. Eram estes os que apresentavam o maior grau de dispneia, no momento da avaliação inicial.

O recurso à terapêutica farmacológica em SOS constituía uma das fragilidades deste estudo pré-experimental, no que diz respeito às ameaças à validade interna. Mas, é fundamental ter em conta que estes factores foram todos minimizados com o tipo de metodologia definida, dado que a duração da sessão de reeducação funcional respiratória nos doentes estudados nunca foi superior a 10 minutos, e o início de acção da terapêutica administrada por via subcutânea é de 20 minutos para a morfina, 30 minutos para a dexametasona e furosemida.<sup>58, 59</sup>

Tendo por base esta fundamentação, considero que na validação das hipóteses a terapêutica farmacológica administrado em SOS não teve uma influência preponderante na diminuição do sintoma.

Apesar da doença avançada e da debilidade dos doentes, podemos notar que a primeira hipótese colocada foi validada, ou seja, *a reeducação funcional respiratória conduz a uma melhoria significativa da dispneia nos doentes que se encontram em cuidados paliativos*. Esta informação foi examinada por mim na prática, mas também validada pelo tratamento estatístico efectuado. De facto, em todos os doentes, independentemente do grau de dispneia, houve uma melhoria após a intervenção de reeducação funcional respiratória.

Isto está de acordo com um estudo efectuado por Hately et al (2003), onde foi provado que as estratégias não farmacológicas (com recurso a técnicas de reeducação funcional respiratória) contribuíam para o controlo da dispneia em doentes com cancro do pulmão.

Foram obtidas melhorias na dispneia, capacidade funcional, níveis de actividade e angústia sentida pelos doentes. Nesse mesmo estudo, os doentes que sentiam dispneia várias vezes por dia reduziram de 73% para 27%, quatro semanas depois de terem iniciado as intervenções, procedimentos esses que levaram também à melhoria da qualidade de vida e elevados níveis de satisfação dos doentes.<sup>60</sup>

Noutro estudo, realizado por Bredin et al (1999), foi demonstrado que as intervenções de enfermagem (reeducação funcional respiratória) para o controlo da dispneia, em doentes com cancro do pulmão, contribuíam para a redução da dispneia sentida pelos doentes, melhoria no *performance status*, nos níveis de depressão e de ansiedade. Estes resultados foram analisados ao fim de oito semanas de intervenção e comparados com o grupo de controlo. Este estudo permitiu concluir que uma intervenção baseada em apoio psicológico, técnicas de controlo da respiração e estratégias de *coping* podem ajudar o doente a lidar com a falta de ar.<sup>6</sup>

Para Syrett e Taylor (2003), a investigação indica que os tratamentos não farmacológicos podem trazer benefícios aos doentes terminais que sentem falta de ar, devendo estes tratamentos serem considerados como uma parte integrante da abordagem. Para estes autores, actualmente é dada pouca importância ao impacto que estes conhecimentos podem ter na diminuição da falta de ar. Os tratamentos referidos pelas autoras englobam a reeducação funcional respiratória.<sup>29</sup>

Podemos verificar que esta temática está pouco desenvolvida. Nos trabalhos publicados, não existiam amostras com as características encontradas no presente estudo, uma vez que praticamente todas as amostras eram constituídas por doentes com cancro do pulmão ou com doença pulmonar em fase avançada.

Nas metodologias definidas, todos os doentes foram alvo de várias intervenções, ao longo de um período de tempo mais longo, o que me remete para a grande diferença com o presente trabalho: o facto de nenhum estudo incidir sobre o doente nos últimos dias/horas de vida. Além do mais, as conclusões efectuadas não se deram logo após a intervenção efectuada, mas sim após o término de um programa desenvolvido ao longo de semanas.

De facto, os resultados obtidos, com o presente estudo, permitem concluir que uma intervenção isolada traz enormes benefícios na diminuição da falta de ar, e que a mesma pode ser desenvolvida nos últimos dias/horas de vida.

Importa agora discutir se as intervenções que melhoraram a dispneia, tiveram reflexo no *performance status* dos doentes. Assim sendo, no que diz respeito à hipótese B, pode-se verificar que a mesma não foi validada. De facto, o *performance status* dos doentes que constituem a amostra não melhorou com a reeducação funcional respiratória.

Ao efectuar o tratamento estatístico destes dados, a sua análise aponta para a hipótese contrária, ou seja, que o *performance status* dos doentes em cuidados paliativos piora após a reeducação funcional respiratória. Mas, não podemos efectuar uma análise isolada desta informação. É fundamental ter em conta os dados relativos à caracterização da amostra, que foram discutidos no início do presente capítulo, que demonstra que os doentes sofriam todos de doença avançada, com múltiplos sintomas associados.

A dispneia surgiu, assim, num contexto de degradação física/avanço da doença, uma vez que, após o aparecimento da mesma alguns doentes faleceram num curto espaço de tempo e houve um declínio rápido da PPS.

No estudo de Bredin et al (1999), a maioria das pessoas que fizeram parte do estudo tinham um prognóstico pobre, e a falta de ar era tipicamente um sintoma da deterioração da sua condição física.<sup>6</sup>

Neste contexto, segundo Gonçalves (2002, p. 67), a frequência da dispneia *“aumenta à medida que a morte se aproxima, tornando-se num dos sintomas mais importantes e muitas vezes difícil de controlar”*.<sup>53</sup>

Segundo Azevedo (2006, p. 179), *“a dispneia é um sintoma muito frequente nos doentes terminais, que se pode manifestar em qualquer altura, mas que tende a ser mais prevalente à medida que se vai assistindo à progressão da doença”*.<sup>33</sup>

O estado de degradação física dos doentes também pode ser verificado no *score* obtido na PPS, que era reduzido em todos os doentes. Para Glare (2005) o *performance status* é considerado um factor prognóstico fiável no que diz respeito a curta sobrevivência na presença de *scores* baixos, mas há que ter em conta que *scores* elevados não são preditivos de uma longa sobrevivência.<sup>61</sup>

Segundo Glare (2005), doentes com um *score* de 10% na PPS têm um tempo médio de vida de 2 dias, 60% dos doentes com um *score* de 40% na PPS têm um tempo de vida de aproximadamente 10 dias. Para vários autores, doentes com um *score* de 10%-20% têm um tempo médio de vida de 6 dias, para *scores* entre 30%-50% uma média de 41 dias e para *scores* de 60%-70%, 108 dias.<sup>46, 61</sup>

Esta informação também pode ser observada na amostra que constitui este estudo, quando observado o tempo decorrido entre a primeira intervenção e a morte dos doentes.

Como tal, *na amostra em estudo, a reeducação funcional respiratória não melhorou o performance status.*

Como já foi referido anteriormente, a dispneia é um sintoma frequente em pessoas com doença avançada e, como um sintoma isolado ou em associação com outros parâmetros, é um indicador prognóstico de sobrevivência.<sup>9</sup>

Segundo Olajide et al (2007) muitos investigadores identificaram vários sintomas que são factores independentes preditivos de sobrevivência ou indicadores prognósticos. No entanto, nenhum desses sintomas foi comparado com a PPS como um factor prognóstico de sobrevivência.<sup>62</sup>

Para Wilner e Arnold (2004) é necessário efectuar estudos que analisem como é que a PPS se relaciona ou não com outros instrumentos prognósticos e escalas de sintomas utilizadas comumente.<sup>46</sup>

Como tal, foi elaborada a hipótese C *“o performance status dos doentes que se encontram em cuidados paliativos está relacionado com a dispneia”* que, na amostra em estudo, *não foi validada.*

Pelos factores que foram discutidos anteriormente, de facto a dispneia surgiu num contexto de agravamento do estado de saúde do doente/progressão da doença e ,como tal, o *performance status* do doente também se agravou. Apesar de a dispneia ter melhorado com as intervenções de reeducação funcional respiratória, o mesmo não se verificou na PPS.

Estes dados corroboram a afirmação de Glare (2004), quando diz que vários estudos realizados revelaram que o *performance status* e a dispneia são factores independentes preditivos da sobrevida do doente em contexto paliativo.<sup>10</sup>

No entanto, um estudo desenvolvido por Olajide et al (2007) sugere que um baixo *score* na PPS está significativamente associado a elevados níveis de dispneia.<sup>62</sup>

Estas informações levam-nos a admitir que, de facto são necessários mais estudos sobre esta temática.

## 9- CONCLUSÃO

A realização deste trabalho de investigação permitiu concluir que os cuidados de enfermagem de reabilitação, com recurso à reeducação funcional respiratória, contribuem para o controlo da dispneia em cuidados paliativos. Este facto foi verificado em doentes, que se encontravam, nos últimos dias/horas de vida.

Nos sujeitos que constituem a amostra não se observaram melhorias no *performance status*. Pelos dados que os caracterizam, podemos inferir que este facto está directamente relacionado com condicionantes do quadro clínico, e, não com a intervenção de enfermagem de reabilitação em si.

Não se verificou igualmente correlação entre o *performance status* dos doentes em cuidados paliativos e a dispneia. Relacionando estes resultados com a bibliografia consultada, concluímos que de facto são necessários mais estudos sobre esta temática.

Na obtenção dos resultados descritos anteriormente, foram várias as dificuldades sentidas, que se relacionaram principalmente com a colheita de dados e com a constituição da amostra. O facto de não exercer funções no serviço, onde foi realizado o estudo, reduziu o número de sujeitos que puderam ser incluídos no mesmo. Houve doentes que desencadearam crises de dispneia e eu não estava presente, assim com também existiram dias em que me desloquei ao serviço e ninguém sentia falta de ar. Por este motivo, no período em que decorreu a colheita de dados, só foi possível incluir 6 doentes no estudo.

Apesar de ter constituído uma amostra pequena, sinto que valeu a pena, não só pelos resultados alcançados, como também pelo alívio do sofrimento que foi possível proporcionar a estes doentes. De facto, é de pessoas que estamos a falar, sendo todos os esforços importantes para a redução de um dos sintomas mais angustiantes.

O facto de os doentes se encontrarem na fase final da sua vida, não possibilitou que fossem alvo de mais intervenções de enfermagem de reabilitação. Seria pertinente que em pessoas numa fase mais inicial da sua doença, fossem desenvolvidos cuidados que não se prendessem apenas com a vertente respiratória. Poder-se-ia estudar as intervenções de enfermagem de reabilitação nas alterações da mobilidade e a sua influência no *performance status* dos doentes paliativos.

Teria sido também pertinente, voltar a avaliar os outros sintomas após a realização de reeducação funcional respiratória, e, não apenas a dispneia. Pois, parece existir uma relação entre a dispneia e outros sintomas como: ansiedade, cansaço, depressão e bem-estar. Seria interessante investigar se existe correlação entre a diminuição da dispneia e a intensidade dos sintomas referidos anteriormente.

Alguns dos cuidados que prestei a estes doentes, deveriam fazer parte das armas dos profissionais de saúde, no alívio deste sintoma. Apesar de ser uma das competências dos enfermeiros especialista em reabilitação, algumas das estratégias desenvolvidas com os sujeitos da amostra, estão ao alcance dos enfermeiros e familiares, se forem alvo de um processo de formação na área. Assim sendo, considero fundamental a inclusão destas estratégias nos planos formativos na área dos cuidados paliativos, tanto a nível da formação básica e avançada, como da formação em serviço.

De forma a otimizar estas intervenções, estas unidades deveriam ter no seu *staff* enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Desta forma, poderia realizar formação na acção, prestar cuidados de uma forma mais completa, proporcionando um melhor acompanhamento a estes doentes e suas famílias.

Considero fundamental a divulgação dos resultados obtidos neste trabalho de investigação, para que de facto os seus objectivos sejam atingidos na íntegra. Como tal, após a sua defesa, pretendo publicar o mesmo numa revista de cariz científico. É também meu objectivo a divulgação destes resultados no serviço onde foi efectuada a colheita de dados e, se possível, noutras unidades de cuidados paliativos.

Foi com enorme prazer que desenvolvi a presente tese de mestrado, concluindo a mesma com o desejo de voltar a investigar, nesta área fascinante que são os cuidados paliativos.

## 10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MONTAGNINI, Marcos; LODHI, Mohammed – **The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit.** *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 6, Nº 1, 2003. P. 11-17.
2. ARAS, Melten; UNSAL, Sibel – **The Essence of Rehabilitation of Patients with Cancer.** *J. Phys. Med. Rehab* 2007; 53. P. 74-77.
3. SCIALLA, Sal; COLE, Robert; Scialla, Tim; BEDNARZ, Lucian; SCHEERER, James – **Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care.** *Palliative Medicine* 2000; 14. P. 121-127.
4. KING'S COLLEGE LONDON -  
<http://www.kcl.ac.uk/schools/medicine/depts/palliative/relation.html> Acedido em 2008/05/23 às 12h20
5. FRANK, Cristopher; HOBBS, NEIL R.; STEWART, G. Ivan – **Case Report: Rehabilitation on Palliative Care Units: Case Discussion.** *Journal of Palliative Care* 14:2/1998; p. 50-53.
6. BREDIN, Mary; CORNER Jessica; KRISHNASAMY, Meineir; PLANT, Hilary; BAILEY; Chris; A´KERN Roger - **Multicentre randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer.** *BMJ*, Volume 318, 3 April, 1999.
7. COSTA, M. Feitas – **Pneumologia na prática clínica.** 2ª Edição, 2º Volume. Lisboa, Clínica de Pneumologia Faculdade de Medicina de Lisboa, 1992. ISBN 972-9422-01-X.
8. PORTA, J.; GOMEZ-BATISTE, X.; TUCA, A. - **Control de síntomas en pacientes com cáncer avanzado y terminal.** Arán. Madrid, 2006. ISBN 84-95913-40-2.

9. FABBRO, Egidio; SHALINI, Dalal; BRUERA, Eduardo - **Symptom Control in Palliative Care – Part III: Dyspnea and Delirium.** *Journal of Palliative Medicine.* Volume 9, Number 2, 2006. P. 422-426.
10. GLARE, Paul A. – **Diagnostic Accuracy of the Palliative prognostic Score in Hospitalized Patients with Advanced Cancer.** *Journal of Clinical Oncology.* Volume 22, Number 23, December 2004. P. 471-476.
11. TOOKMAN, Adrian j.; HOPKINS, Katherine; SCHAPEN-VON-HEUSSEN; Karon – **Rehabilitation in palliative medicine.** In DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; CHERNY, Nathan; CALMAN, Kenneth- **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** Third Edition. Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-856698-0.
12. TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos.** 2ª Edição em Português. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
13. HESBEEN, Walter – **A reabilitação – Criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.
14. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos.** Despacho Ministerial de 15-06-2004.
15. NETO, Isabel Galriça; AITKEN, Helena H.; TSERING, Paldron – **A DIGNIDADE E O SENTIDO DA VIDA - Uma Reflexão sobre a Nossa Existência.** 1ª Edição. Cascais: Pergaminho, 2004. ISBN 972-711-645-0.
16. JAKOBSSON, Eva; BERGH, Ingrid; GASTON- JOHANSSON, Fannie; STOLT, Carl-Magnus; OHLÉN, Joakim – **The Turning Point: Clinical Identification of Dying and Reorientation of Care.** *Journal of Palliative Medicine,* Vol. 9, Nº6, 2006. P. 1348-1358.

17. BERNARDO, Ana; ROSADO, Joaquina; SALAZAR, Helena – **Trabalho em equipa** – in BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1.ª Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Outubro 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
18. CASTANHEIRA, Fátima; Olazabal, Mercedes – **A disciplina de reabilitação: história e conceitos**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 4, nº 2, p. 55-57.
19. MEIER, Diane; BERESFORD, Larry – **The Palliative Care Team**. *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 11, Nº 5, 2008. P. 677-681.
20. BOLANDER, Verolyn Barnes – Sorensen e Luckman. **Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
21. HUDSON, Peter; QUINN, Karen; O’HANLON, Brendan; ARANDA, Sanchia – **Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines**. *BMC Palliative care*, 2008, 7:12. [Http://www.biomedicalcentral.com/1472-684X/7/12](http://www.biomedicalcentral.com/1472-684X/7/12).
22. WILKINSON, S.; PERRY, R.; BLANCHARD, K.; LINSELL, L. – **Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurse’s communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial**. *Palliative Medicine*, 2008; 22. P. 365-375.
23. QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel Galriça – **Comunicação**. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1.ª Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Outubro 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.

24. NETO, Isabel Galriça – **A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos.** *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 2003. P. 68-74.
25. CHIN, Patrícia A.; FINOCCHARO, Darlene; ROSEBROUGH, Anita – **Rehabilitation nursing practice.** United States: McGraw-Hill, 1998. ISBN 0-07-105482-0.
26. BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos.** 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Outubro 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
27. PAULA, M. SUZANNE, C.- **Critical outcomes in pulmonary rehabilitation: Assessment and evaluation of dyspnea and fatigue.** *Journal of Rehabilitation Research and Development.* Vol. 40, Nº 5, September/October 2003, Supplement 2. P. 13-24.
28. GOLDBERG, Richard T.; HILLBERG, Robert; REINECKER, LYNN; GOLDSTEIN, Richard – **Evaluation of patients with severe pulmonary disease before and after pulmonary rehabilitation.** *Disability and Rehabilitation,* Vol. 26, Nº 11, 2004. P. 641-648.
29. SYRETT, Elaine; TAYLOR, Jenny - **Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach.** *International Journal of Palliative Nursing.* Vol. 9, Nº 4, 2003. P. 150-156.
30. MAHER, David; HEMMING, Laureen – **Palliative care for breathless patients in the community.** *British Journal of Community Nursing,* Vol. 10, Nº 9. P. 414-418.
31. CARNEIRO, Licínio – **A Medicina Física e de Reabilitação na Unidade de Cuidados Intensivos** in GOMES, Maria João; SOTTO-MAYOR, Renato - **Tratado de Pneumologia.** 1 Edição. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer. Portugal, 2003. Volume II. ISBN: 972-733-140-8.

32. American Thoracic Society. **Dyspnea: mechanisms, assessment and management- a consensus statement.** *Am J Respir Crit Care Med*, 1999; 159: 321-40.
33. AZEVEDO, Pilar – **Dispneia.** In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos.** 1.ª Edição. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Outubro 2006. ISBN: 978-972-9349-21-8.
34. FERRIS, Frank D.; GUNTEN; Charles F. Von; EMANUEL, Linda L. - **Ensuring competency in end-of-life: controlling symptoms.** *BMC Palliative Care*, 2002.
35. OLAZABAL, Mercedes – **Métodos de limpeza das vias aéreas** in GOMES, Maria João; SOTTO-MAYOR, Renato - **Tratado de Pneumologia.** 1 Edição. **Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer.** Portugal, 2003. Volume II. ISBN: 972-733-140-8.
36. HOEMAN, Shirley P. – **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo.** 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.
37. HEITOR, Mª Clara – **Reabilitação Respiratória.** In COSTA, M. Feitas – **Pneumologia na prática clínica.** 2ª Edição, 2º Volume. Lisboa, Clínica de Pneumologia Faculdade de Medicina de Lisboa, 1992. ISBN 972-9422-01-X.
38. WEBBER, Barbara A.; Pryor, Jennifer A. – **Fisioterapia para Problemas Respiratórios e Cardíacos.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. ISBN 85-277-0701-2.
39. BÁRBARA, Cristina – **Reabilitação respiratória nas doenças neuromusculares** in GOMES, Maria João; SOTTO-MAYOR, Renato - **Tratado de Pneumologia.** 1 Edição. **Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer.** Portugal, 2003. Volume II. ISBN: 972-733-140-8.

40. ABREU, P. J.- **Fisioterapia Respiratória** in GOMES, Maria João; SOTTO-MAYOR, Renato - **Tratado de Pneumologia**. 1 Edição. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer. Portugal, 2003. Volume II. ISBN: 972-733-140-8.
41. FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
42. MODONESI, Caterina; SCARPI, Emanuela; MALTONI, Marco; DERNI, Stefnia; FABBRI, Laura; MARTINI, Francesca; SANSONI, Elisabetta; AMADORI, Dino – **Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System**. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 30, Nº 4, October, 2005. P. 367-373.
43. VIGNAROLI, Ernesto; PACE, Ellen A.; WILLEY, Jie; PALMER, J. Lynn; ZHANG, Tao; BRUERA, Eduardo – **The Edmonton Symptom Assessment System as a Screening Tool for Depression and Anxiety**. *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 9, Nº 2, 2006. P. 296-303.
44. Caritas Health Group – **Guidelines for using the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)**. Regional Palliative Care Program. Mar 2001.
45. Victoria Hospice Society –**Palliative Performance Scale version 2**. 2001
46. WILNER, F. S.; ARNOLD, R. – **The Palliative Performance Scale. Fast Facts and Concepts**. November 2004. End-of-life Palliative Education Resource Center.
47. Instituto Nacional de Estatística – **Estatísticas Demográficas 2007**. 2008. ISBN 978-972-673-961-6

48. SOLANO, João Paulo; GOMES, Bárbara; HIGGINSON, Irene J. – **A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease.** *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 31, Nº 1, January. 2006.
49. INDELICATO, Rose Anne – **The Advanced Practice Nurse’s Role in Palliative Care and the Management of Dyspnea.** *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*. 2007. Medscape.
50. MAO, Jingfang e tal – **The impact of induction chemotherapy and the associated tumor response on subsequent radiation-related changes in lung function and tumor response.** *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, Vol. 67, Nº 5, p. 1360-1369, 2007.
51. PÉRIS, M. Hernández; RUBIO, A. Baixauli - **Guía Práctica de Cuidados Paliativos en Atención Domiciliaria.** Depósito legal: M-35992-2005.
52. SANCHO, Marcos Gómez; MARTIN, Manuel Ojeda - **Cuidados Paliativos: Control de síntomas.** Viartris. Unidad de Medicina Paliativa Hospital El Sabinal Las Palmas de Gran Canaria. 1999. ISBN não mencionado
53. GONÇALVEZ, Ferraz – **Controlo de sintomas no cancro avançado.** Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2002. ISBN 972-31-0960-3.
54. CHAN, Kin-Sang; SHAN, Michael M. K.; TSE, Doris M. W.; THORSEN, Anne Berit – **Palliative medicine in malignant respiratory diseases.** In DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; CHERNY, Nathan; CALMAN, Kenneth- **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** Third Edition. Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-856698-0.

55. SWEENEY, Catherine; NEUENSCHWANDER, Hans; BRUERA, Eduardo – **Fatigue and asthenia**. In DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; CHERNY, Nathan; CALMAN, Kenneth- **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Third Edition. Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-856698-0.
56. BREITBART, William; CHOCHINOV, Harvey Max; PASSIK, Steven P. – **Psychiatric symptoms in palliative medicine**. In DOYLE, Derek; HANKS, Geoffrey; CHERNY, Nathan; CALMAN, Kenneth- **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. Third Edition. Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-856698-0.
57. THOMAS, Jay R.; GUNTEN, Charles Von – **Management of Dyspnea**. *The Journal of Supportive Oncology*. Vol.1, Nº 1, May/June 2003. P. 23-34.
58. DEGLIN, Judith Hopfer; VALLERAND, April Hazard – **Guia Farmacológico para Enfermeiros**. Sétima edição, Lisboa. Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-47-9.
59. <http://www.palliativedrugs.com> acedido em 2008/11/09 às 09h00.
60. HATELY, Juliet; LAURENCE, Virginia; SCOTT, Ann; BAKER, Roger; THOMAS – **Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer**. *Palliative Medicine*, 2003, 17. P. 410-417.
61. GLARE, Paul - **Clinical Predictors of Survival in Advanced Cancer**. *Journal of Supportive Oncology*. Volume 3, Number 5, September/October 2005. P. 331-339.

62. OLAJIDE, Oludamilola; HANSON, Laura; USHER, Barbara M.; QAQISH, Bahjat F.; SCHWARTZ, Robert; BERNARD, Stephen – **Validation of the Palliative Performance Scale in the Acute Tertiary Care Hospital Setting.** *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 10, Nº 1, 2007.
63. DOYLE, Derek; HANKS Geoffrey; CHERNY, Nathan; KENNETH, Calman - **Oxford Textbook of Palliative Medicine.** Third Edition. Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-856698-0.
64. GONÇALVES, Ferraz; MONTEIRO, Carolina – **Sintomas respiratórios no cancro avançado.** *Medicina Interna*, Vol. 7, N. 4, 2000.
65. HEITOR, M<sup>a</sup> Clara; CANTEIRO, M<sup>a</sup> Camila; FERREIRA, J. M. Reis; OLAZABAL, Mercedes; MAIA, M. Odete – **Reeducação Funcional Respiratória.** Lisboa: 2<sup>a</sup> ed. Boehringer Ingelheim, 1988. ISBN não mencionado
66. KIRAN, Virik; GLARE, Paul - **Validation of the Palliative Performance Scale for Inpatients Admitted to a Palliative Care Unit in Sydney, Australia.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, Nº 6, Volume 23, Issue 6, Pages 455 – 457.
67. KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. – **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen.** 3<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Manole, 1994. ISBN 85-204-0186-4.
68. POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN não mencionado.
69. RABOW, Michael W., HAUSER, J. M.; ADAMS, J. – **Supporting Family Caregivers at the End of Life.** “They Don’t Know What They Don’t Know”. *JAMA*, Vol. 291, Nº 4. Janeiro, 2004.

**ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON**

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sensação de Náuseas Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sensação de Depressão Possível
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sensação de Ansiedade Possível
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sensação de Sonolência Possível
Muito Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem Qualquer Apetite
Melhor Nível de Bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de Bem-estar Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sensação de Falta de Ar Possível
Outro Problema	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

**Completado Por:**  Doente  Cuidador  Cuidador Com Auxílio

**ANEXO II – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE**

## PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

%	DEAMBULAÇÃO	ACTIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTO-CUIDADOS	INGESTÃO	NIVEL DE CONSCIÊNCIA
100	Completa	Actividade normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Actividade normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Actividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz de realizar o trabalho normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies ou trabalho doméstico; doença declarada	Carece de assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sobretudo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Carece assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Sobretudo na cama	Idem	Carece assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência ou com períodos de confusão
30	Totalmente acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Completo ou sonolência ou com períodos de confusão
20	Idem	Idem	Idem	Ingestão reduzida a algumas colheres	Completo ou com períodos de confusão
10	Idem	Idem	Idem	Apenas cuidados à boca	Sonolento ou em coma
0	Morte	Morte	Morte	Morte	Morte

