



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com Neoplasia do Pulmão

Raquel Sofia Marques Neves

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com Neoplasia do Pulmão

Raquel Sofia Marques Neves

Professora Cristina Saraiva

2013



**Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com
Neoplasia do Pulmão**

“ As pessoas têm estrelas que não são as mesmas. Para os viajantes, as estrelas são guias. Para outros, não passam de luzinhas.” (Saint-Exupéry, 2001, p.87)

Agradecimentos

A todos os doentes que ao longo do meu percurso profissional me alimentaram a curiosidade de uma aprendizagem constante e o concretizar deste sonho, em especial aos doentes com Neoplasia do Pulmão e Lesão Vertebro Medular, por partilharem comigo a vossa vontade de viver...

À Profª Cristina Saraiva pela orientação e partilha do seu conhecimento.

Aos meus pais e irmão, por todo o amor e carinho, e pela falta que vos fiz.

À Cristina por acreditar na Reabilitação e pelas suas palavras e gestos mágicos...

À Natália pelos bons momentos... formais e informais.

À Marta pelo companheirismo, motivação e apoio incondicional... A nossa meta foi atingida!

À Tânia pela presença na minha vida e por caminharmos lado a lado durante estes anos todos.

A todos os meus amigos, por me terem partilhado, só mais uma vez, com esta profissão tão especial e valorizarem as minhas conquistas...

A todos, muito obrigada!

Resumo

A neoplasia do pulmão apresenta-se como a principal causa de morte por doença oncológica, assistindo-se a um aumento da prevalência da doença e um impacto negativo sobre as suas consequências. Sendo o seu diagnóstico tardio, é premente despertar consciências para a sua prevenção e abordagem terapêutica.

A evolução da doença e a manifestação dos sintomas despoleta déficit de autocuidado, condicionando a realização das actividades de vida diárias de forma autónoma, afectando a qualidade de vida.

A reabilitação respiratória engloba um programa de intervenção global e multidisciplinar, dirigido à pessoa com doença respiratória crónica, sintomática e, frequentemente, com redução na participação das suas actividades de vida diária, interacção social e profissional. Deste modo, é possível contribuir para a melhoria da capacidade para o exercício, redução da dispneia, melhoria da qualidade de vida, redução dos níveis de depressão e ansiedade.

Na literatura, são ainda escassos os estudos que demonstram a aplicabilidade da reabilitação respiratória na pessoa com neoplasia do pulmão, existindo ainda alguma controvérsia acerca da sua aplicação, sendo ainda a grande maioria defensora da não realização.

Durante o ensino clínico foram observados os benefícios da reabilitação respiratória através da reeducação funcional respiratória, treino de exercícios e promoção do autocuidado, visualizando uma melhoria da capacidade ventilatória, redução da sintomatologia, aumento da tolerância ao esforço, readaptação às actividades de vida diárias de forma mais autónoma.

De modo a complementar a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação foi realizado ensino clínico na área da mobilidade e da eliminação.

Palavras-chave: Neoplasia do Pulmão, Reabilitação Respiratória, Promoção do Autocuidado, Cuidados de Enfermagem

Abstract

The lung cancer presents itself as the main cause of death from oncologic disease, watching to an increased prevalence and a negative impact on its consequences. With late diagnosis is urgent raise awareness for prevention and therapeutic approach.

The evolution of the disease and the symptoms develop triggers self-care deficit, affecting the performance of activities of daily living independently and affect the quality of life.

The respiratory rehabilitation program covers a comprehensive and multidisciplinary intervention directed to people with chronic respiratory disease, symptomatic and often with reduced participation in their activities of daily living, social interaction and professional. Thus, it is possible to contribute to the improvement of exercise capacity, dyspnea reduction, improved quality of life, reduced levels of depression and anxiety.

In the literature, there are still few studies that demonstrate the applicability of respiratory rehabilitation in people with lung cancer, but there still exist a controversy about its application, and a large majority advocate of non-performance.

During the clinical teaching were observed the benefits of respiratory rehabilitation through pulmonary rehabilitation, exercise training and promotion of self-care, seeing an improvement in ventilatory capacity, reduce symptoms, increase exercise tolerance, rehabilitation of activities of daily living with more independence.

To complement the skills acquisition as a specialist nurse in rehabilitation nursing, another clinical teaching was done in the mobility and elimination area.

Keywords: Lung Cancer, Respiratory Rehabilitation, Self Care Promotion, Nursing Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. NEOPLASIA DO PULMÃO	12
2. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	15
3. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO Á PESSAO COM NEOPLASIA DO PULMÃO	20
4. REABILITAÇÃO MOTORA E NA ELIMINAÇÃO	24
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.	26
4.1 Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	27
4.2 Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados	32
4.3 Domínio da Gestão de cuidados	45
4.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
BIBLIOGRAFIA	51
Anexos	57
Anexo I – Folha de registo	
Apêndices	59
Apêndice I – Principais conclusões do Infotabac Relatório	
Apêndice II – Tipos de Neoplasia do Pulmão	
Apêndice III – Tratamento da Neoplasia do Pulmão	
Apêndice IV – Objetivos e atividades elaboradas para o Projeto de Formação	
Apêndice V – Relatório das atividades da Unidade de Reabilitação Respiratória	
Apêndice VI – Ação de Formação “O Treino de Marcha”	
Apêndice VII – 1º Plano de cuidados do doente com Neoplasia do Pulmão	
Apêndice VIII – 2º Plano de cuidados do doente com Neoplasia do Pulmão	
Apêndice IX – 3º Plano de cuidados ao doente com LVM	
Apêndice X – Jornais de aprendizagem	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objectivos da Reeducação Funcional Respiratória.....	17
Quadro 2 – Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	27
Quadro 3 – Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados.....	32
Quadro 4 – Requisitos Universais Alterados.....	36
Quadro 5 – Domínio da Gestão de Cuidados.....	45
Quadro 6 – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais... 	47

INTRODUÇÃO

O contexto actual de prestação de cuidados atravessa uma fase de mudança. De forma a acompanhar esta evolução surge a necessidade de aprofundar os conhecimentos, adequando os cuidados a uma prática baseada na evidência e promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde. Com vista a cultivar a liderança e influenciando a mudança dos cuidados de enfermagem. Para satisfazer esta necessidade surge a realização do presente Mestrado em Enfermagem.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação são exigidas novas competências, nas quais elabora, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa, demonstrando conhecimentos que permitam tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenindo complicações secundárias, assim como promover o tratamento e reabilitação, maximizando sempre o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O cancro do pulmão é responsável a nível mundial por mais de um milhão de novos casos por ano (World Health Organization, 2012; Minna & Shiller, 2008; Barata & Costa, 2007) sendo, de todos os tumores malignos, aquele cuja incidência não pára de aumentar, independentemente da raça, condições socioeconómicas ou geográficas. O aumento de incidência 0,5%/ano (Ministério da Saúde, 2010; Minna & Shiller, 2008) ocorre, em paralelo, com o aumento do consumo de tabaco (Minna & Shiller, 2008; Barata & Costa, 2007; Parente, Barata, Neto & Costa, 2002). A este facto associa-se um envelhecimento cada vez maior da população.

A reabilitação respiratória é definida pela Direcção Geral de Saúde (Direcção Geral de Saúde, 2009) como um programa de intervenção global e multidisciplinar, dirigido a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução na participação das suas actividades de vida diária. Ainda segundo a mesma fonte, o enfermeiro de reabilitação faz parte integrante da equipa de cuidados.

Os principais objectivos de um programa de reabilitação respiratória visam reduzir os sintomas, melhorar a qualidade de vida assim como a participação física e emocional no dia-a-dia nos doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (Global Obstructive Lung Disease, 2010), que em muito se assemelha aos sintomas da neoplasia do pulmão.

Surge assim a necessidade de uma abordagem especializada de Enfermagem de Reabilitação, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem como principal função ajudar a pessoa a adaptar-se à sua situação de incapacidade e/ou doença, tendo em conta o seu potencial.

A patologia respiratória condiciona a capacidade da pessoa para a atividade de autocuidado, sendo este o foco dos cuidados de saúde. O conceito de autocuidado integra a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, constituindo-se uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado (cuidado dependente), contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Orem define três tipos de requisitos que influenciam o autocuidado, os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. De forma a colmatar o défice de autocuidado, as intervenções como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação irão mobilizar a Teoria de Sistemas de Enfermagem, englobando o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O interesse por esta temática surge na necessidade de compreender de que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode contribuir para a promoção do autocuidado, melhoria da qualidade de vida e obtenção de ganhos em saúde.

Assim, o tema que proponho aprofundar e desenvolver para aquisição das competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) e pelo ciclo de mestrado é “Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com Neoplasia do Pulmão”.

Foram então delineados os seguintes objectivos gerais:

- Desenvolver competências em Enfermagem de Reabilitação na área da reabilitação respiratória á pessoa com neoplasia do pulmão com vista á promoção do seu autocuidado;
- Prestar cuidados nas diferentes áreas de intervenção, nomeadamente na área sensório-motor, respiratória e de eliminação, capacitando a pessoa para o autocuidado;
- Reflectir sobre as intervenções e aprendizagens realizadas, de forma a atingir os cuidados de excelência.

Ao longo do 3º semestre realizei ensino clínico em diferentes contextos e realidades, de forma a atingir os objetivos propostos. A escolha destes locais teve como principal característica a pertinência dos cuidados prestados. Inicialmente realizei ensino clínico no serviço de pneumologia de um Hospital Central de 1 de Outubro a 29 de Novembro de 2012 e numa Unidade de Reabilitação Respiratória, no período de 3 a 14 de Dezembro de 2012. De forma a complementar a aquisição de competências permaneci de 3 de Janeiro a 15 de Fevereiro num serviço de um Centro de Medicina de Reabilitação.

Para a elaboração do presente relatório, foi realizada uma pesquisa bibliográfica maioritariamente em bases de documentação electrónica como EBSCO, CINAHL, MEDLINE, MedicLatina. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: "Rehabilitation" AND "Lung Neoplasms" OR MH "Small Cell Lung Carcinoma" OR "Carcinoma, Non-Small-Cell Lung". O termo "rehabilitation nurse" não foi utilizado devido a não terem sido encontrados artigos com a associação dos respectivos termos.

O presente trabalho abordará inicialmente a neoplasia do pulmão, a reabilitação respiratória na pessoa com neoplasia do pulmão e as intervenções do enfermeiro de reabilitação. Por último, serão descritas de modo reflexivo as actividades desenvolvidas em ensino clínico, que possibilitaram a aquisição das competências propostas.

Em síntese, relativo ás aprendizagens realizadas e competências adquiridas, serão apresentadas as considerações finais.

1. NEOPLASIA DO PULMÃO

A neoplasia do pulmão apresenta-se como a principal causa de morte por doença oncológica (World Health Organization [WHO], 2012; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2011). Estes dados ainda causam surpresa, pois de doença rara do início do século XX, tornou-se a neoplasia mais frequente. E nem com os avanços da medicina nas últimas décadas foi possível travar este facto (Melo, 2003).

Em Portugal, a neoplasia do pulmão foi responsável por 3833 óbitos em 2009 (ONDR, 2011), sendo a sua incidência de 42,9% nos homens e 10,9% nas mulheres.

Tem-se assistido a inovações tecnológicas no âmbito do diagnóstico, no entanto a taxa de sobrevida continua a ser reduzida devido ao estágio avançado da doença no qual, geralmente é realizado o diagnóstico.

A neoplasia do pulmão caracteriza-se pelo crescimento celular descontrolado no tecido pulmonar (Scoggin, 1992). A idade média de diagnóstico é aos 69 anos, no entanto um terço ocorre antes dos 65 anos, revelando-se um factor significativo para a diminuição da esperança de vida global e dos anos de vida saudável (Ministério da Saúde, 2010). A taxa média de sobrevivência aos 5 anos é aproximadamente de 14% (Branco, Barbosa, Cantista, Lima & Maia, 2012).

Acredita-se que a etiologia é multifatorial, no entanto, o fumo do tabaco é o principal factor de risco para o cancro do pulmão, aproximadamente de 90%, assim como a exposição passiva ao mesmo (ONDR, 2011; Melo, 2003).

O aumento da taxa de incidência global está relacionado diretamente com o aumento do consumo de tabaco, sendo este o principal fator de intervenção para a sua prevenção. O tabagismo, em Portugal provocou uma perda de 146 mil anos de vida, causando gastos no valor de 126 milhões de euros em internamentos (ONDR, 2008).

Com o objectivo de proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, entrou em vigor em 2008 a Lei do Tabaco (Lei nº37/2007, de 14 de Agosto).

Com o cumprimento da politica adoptada foi possível reduzir em 5% o número de fumadores activos, assim como 22% reduziram o consumo do tabaco (apêndice I). Deste modo, é possível compreender que as politicas para a saúde têm impacto na mudança de comportamentos e, conseqüentemente em ganhos para a saúde.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2011) “A mortalidade por cancro do pulmão tem um potencial de redução bastante importante e será provavelmente, nesta doença que se virão a fazer sentir, a médio e longo prazo, as influências da actual lei do tabaco.” (p.53).

Outros factores que influenciam o aparecimento desta patologia são a exposição ocupacional (Arsénico, Asbestos, Crómio, Níquel, Cloreto vinil, Radão, Hidrocarboneto aromático policíclico, entre outros), poluição atmosférica, predisposição genética, alimentação (dieta hipercalórica com elevados níveis de gorduras saturadas e colesterol) e a presença de doença pulmonar crónica. É de salientar a pré-existência de doenças pulmonares não malignas, tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Fibrose Pulmonar Idiopática e Tuberculose na associação com o aumento da incidência desta neoplasia (Colins, Haines, Perkel & Enck, 2007)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a neoplasia do pulmão encontra-se dividida em dois grandes grupos (apêndice II): o carcinoma pulmonar de não-pequenas células (CPNPC), que se subdivide em adenocarcinoma, carcinoma epidermoide e carcinoma de grandes células; e o carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) (Minna & Schiller, 2008; Barata & Costa, 2007; Brambilla, Travis, Colby, Corrin & Shimosato, 2001).

No que respeita ao diagnóstico e estágio, estes são fundamentais. É através do conhecimento do tipo histológico, grau de extensão anatómica, metastização sistémica, existência da síndrome paraneoplásica e estado do doente que se define qual a melhor terapêutica e prognóstico. Esta intervenção deve ser rápida e a menos agressiva. Tendo como principal objetivo a sobrevivência do indivíduo, deve também dar especial atenção ao controlo sintomático, ao perfil de toxicidade dos fármacos e a qualidade de vida da pessoa (Melo, 2003).

Os sintomas vivenciados pela pessoa com neoplasia, quer pela manifestação da própria doença, quer pelos efeitos secundários do tratamento são, por vezes, difíceis

de suportar provocando sofrimento ao doente e à sua família (Branco, et al., 2012). A maioria dos doentes com cancro assiste à evolução progressiva da doença e aumento dos sintomas, e conseqüentemente dependência nas suas necessidades de saúde (Collière, 1999; Otto, 1997).

Os sintomas podem depender do crescimento e extensão local, metástases e síndromas paraneoplásicos. Os mais frequentes são a tosse (60%), degradação do estado geral (55,8%), perda de peso (50,1%), dor torácica (37,1%), expectoração (34,9%) podendo ser hemoptoica/hemoptises, dispneia/pieira (32,8%), febre (10,5%) (Melo, 2003), sibilos localizados, torocalgia (Sotto-Mayor, 2010), adenopatias periféricas, dores ósseas, poliartralgias, disfonia, hipocratismo digital, Síndrome da Veia Cava Superior, cefaleias, disfagia, alterações do comportamentos (Melo, 2003), derrame pleural de etiologia neoplásica e atelectasias (Branco et al., 2012), depressão, dificuldade em dormir (Andersen, Vinther, Poulsen & Mellemgard, 2011).

A maioria dos doentes manifesta algum sinal ou sintoma aquando do diagnóstico, no entanto 5 a 10% dos doentes encontram-se assintomáticos e o diagnóstico é realizado através da radiografia tórax ou tomografia axial computadorizada tórax (Minna & Schiller, 2008), assim como da anamnese e exame físico.

O tratamento do cancro do pulmão varia de acordo com o tipo histológico (apêndice III), o estágio e a avaliação funcional do doente (Branco, et al., 2012; Minna & Schiller, 2008).

As conseqüências relacionadas com o tratamento da neoplasia do pulmão documentadas encontram-se relacionadas com o processo de quimioterapia e radioterapia, no qual pode, também haver degradação do estado geral. Branco, et al. (2012) alerta para a existência de pneumonite, podendo ocorrer lesões nas vias aéreas e no parênquima pulmonar, resultando em fibrose difusa, que confere um padrão ventilatório restritivo.

Além dos tratamentos farmacológicos, a reabilitação respiratória (RR) constituindo-se actualmente um grande aliado na melhoria da qualidade de vida e redução dos sintomas. Os benefícios da RR serão abordados no próximo capítulo.

2. REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A reabilitação respiratória (RR) é um programa de intervenção global e multidisciplinar, baseado na evidência, dirigido a doentes com doença respiratória, vocacionada para doentes crónicos, sintomáticos e, frequentemente, com redução da participação das suas actividades de vida diária (DGS, 2009).

Tem como principais objectivos a diminuição dos sintomas físicos e psicológicos da doença subjacente (redução da deficiência), o aumento da capacidade e do desempenho físico e mental (redução da incapacidade) e a máxima reintegração social do doente (redução da desvantagem), ajudando-o a recuperar para uma vida mais autónoma, produtiva e satisfatória, prevenindo a deterioração clínica até ao máximo permitido pelo estágio da sua doença (DGS, 2009; Canteiro e Heitor, 2003). A longo prazo, a redução da dependência dos serviços de saúde, a prevenção de admissões no hospital, poupando os recursos de saúde e redução dos dias de internamento (Branco et al., 2012; Qiao, Qiu e Zhou (2012); Shannon, 2010; Filipe, 2008).

Das indicações para a RR destacam-se: incapacidade sintomática associada à doença respiratória; falência da terapêutica farmacológica para aliviar adequadamente os sintomas; motivação e adesão. Como contra-indicações doença psiquiátrica ou disfunção cognitiva grave; comorbilidades instáveis, como a doença isquémica instável ou a insuficiência cardíaca descompensada; hipoxemia induzida pelo esforço refractária à administração de O₂; impossibilidade de praticar exercício (DGS, 2009). De salientar, a neoplasia do pulmão não é referida como contra-indicação.

Dr. Charles L. Denison citado por (Santos, 2009), introduziu ao conceito de reabilitação respiratória a realização de exercício físico e o cumprimento de uma dieta rigorosa por parte dos doentes fisicamente incapacitados, melhorando a saúde e o bem-estar dos mesmos.

Em redor deste tema surge alguma controvérsia acerca da aplicabilidade da reabilitação respiratória à pessoa com neoplasia do pulmão. Partindo do princípio

que não há cura para a neoplasia, pretende-se que a pessoa atinja o seu potencial máximo dentro dos seus limites, mantendo a sua independência funcional (Branco et al., 2012; Santos, 2009).

A RR é “projectada para reduzir os sintomas, de modo a otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir os custos de saúde, através da estabilização ou regressão das manifestações sistémicas da doença” (DGS, 2009, p.1).

De referir, que para a realização de um programa de RR é necessário um pneumologista, um fisiatra, um enfermeiro de reabilitação e um fisioterapeuta. O grupo ideal deve ter na sua constituição também o psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional (DGS, 2009).

Cockram, Cecin e Jenkins (2006) referem que existe evidência científica do benefício da reabilitação pulmonar na qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar, reduzindo substancialmente a sintomatologia. No entanto, ainda não existe consenso acerca da duração dos programas de reabilitação. Rudkin (2005) acrescenta aos benefícios da RR a melhoria da capacidade funcional e o aumento da independência na vida diária. Neste sentido, também Jones, Neil, Kraus, Potti, Crawford, Blumenthal, Peterson e Douglas (2010) concluíram com a sua revisão sistemática que o exercício tem benefícios cardiorrespiratórios e no controlo sintomático no doente com neoplasia do pulmão.

Branco et al. (2012) acrescenta a patologia do foro neoplásico às indicações de RR, quando refere que o potencial terapêutico se encontra muito além das patologias obstrutivas e restritivas, abordando além da neoplasia, as doenças respiratórias de carácter infeccioso e cardiovascular.

Já existem alguns estudos que demonstram a aplicabilidade da reabilitação respiratória no doente com neoplasia do pulmão. No entanto, existe ainda alguma controvérsia acerca da sua aplicação, sendo ainda a grande maioria defensora da não realização.

Com os contributos dos diferentes autores, pode-se considerar que a RR engloba a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), treino de exercícios, optimização da terapia inalatória, assim como os cuidados com a alimentação (Branco, et al., 2012; Cordeio & Menoita, 2012; DGS, 2009; Filipe, 2008).

2.1 Reeducação Funcional Respiratória na pessoa com neoplasia do pulmão

Englobada na RR encontra-se a RFR, que consiste na utilização do movimento de forma terapêutica de modo a restabelecer o padrão funcional respiratório.

Segundo Olazabel (2003) a RFR 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. (p. 1807)

Vários são os autores que abordam a RFR, os quais defende, de forma geral os seguintes objectivos:

Quadro 1 – Objectivos da Reeducação Funcional Respiratória

Costa (1999), Azeredo (1993)	Testas e Testas (2008), Costa & Coimbra (1997), Heitor et a (1988)
<ul style="list-style-type: none">- Mobilização e eliminação de secreções brônquicas;- Melhorar, promover a ventilação e reexpansão pulmonar;- Reduzir o trabalho respiratório e consumo de oxigénio;- Aumentar a mobilidade torácica e força muscular respiratória;- Aumentar a endurance;- Reeducação a musculatura respiratória;	<ul style="list-style-type: none">- Prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas;- Diminuir a tensão psíquica e sobrecarga muscular;- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;- Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios;- Melhorar a performance dos músculos respiratórios;- Prevenir complicações;

Existem no entanto contra-indicações e limitações à RFR, nomeadamente em situações de hemoptises e hemorragia digestiva, febre, edema agudo do pulmão, estado de choque, síndrome de dificuldade respiratória do adulto, embolia pulmonar, tuberculose pulmonar activa e cancro do pulmão e pleura (Testas & Testas, 2008; Costa & Barata, 2007; Heitor et al, 1988).

Articulando a sintomatologia e evolução da neoplasia do pulmão com os objectivos da RR e da RFR, pode-se considerar que existem ganhos na sua aplicação. Aras e Unsal (2007) defendem que os objectivos da reabilitação na pessoa com doença oncológica são semelhantes aos dos restantes doentes, sendo apenas necessário ter em consideração a sintomatologia, o estágio e a doença. No entanto, como referido anteriormente, a neoplasia do pulmão é-nos apresentada como contra-indicação e/ou limitação à RFR.

Bredin, Corner, Krishnasamy, Plant, Bailey e A'kern (1999) ao avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem nos doentes com neoplasia do pulmão e com dispneia, concluíram que as estratégias realizadas nos doentes com DPOC não eram aplicadas a estes doentes e demonstraram que através da utilização de técnicas como o controlo da respiração, incentivo à actividade, técnicas de relaxamento e apoio psicológico é possível reduzir a ansiedade e a dispneia no doente com neoplasia do pulmão.

Andersen, Vinther, Poulsen e Mellemgard (2011) aplicou um protocolo de reabilitação respiratória para doentes com DPOC em doentes com neoplasia do pulmão, com o objectivo determinar o impacto do exercício físico da reabilitação no doente com neoplasia do pulmão. O protocolo aplicado era constituído por treino de exercícios como a marcha, controlo da respiração e da dispneia e treino das AVD's. Concluiu que houve melhoria da capacidade física, no entanto não demonstrou alteração da função respiratória e impacto na qualidade de vida. Os autores salientam apenas que os doentes são agora capazes de quebrar o "ciclo vicioso" da dispneia.

Segundo Aras e Unsal (2007), nos últimos vinte anos a reabilitação do doente oncológico tem sido alvo de pouca atenção, no entanto, com o aumento da sobrevivência relacionado com as novas abordagens terapêuticas, a atenção está cada vez mais a ser centrada na qualidade de vida desses doentes. Montagnini e Lodhi (2003) demonstraram evidência de que as intervenções de reabilitação têm, de um modo geral, efeito positivo na capacidade funcional dos doentes oncológicos. Nos doentes com patologia do sistema respiratório, os primeiros benefícios plausíveis da reabilitação pulmonar são a diminuição da sintomatologia (em especial a dispneia e a fadiga) e um aumento da tolerância ao exercício (Paula, 2003). Foi demonstrado que a reabilitação respiratória e motora em doentes deste foro, promove uma redução dos sintomas e duração do internamento, melhorando a performance, resistência e a qualidade de vida. Os indivíduos com doença pulmonar grave podem melhorar psicologicamente, diminuindo a ansiedade e depressão, quando completam um programa de reabilitação pulmonar (Paula, 2003).

Braga (2009) concluiu no seu estudo que os cuidados de enfermagem de reabilitação, com recurso à RFR, contribuem para o controlo da dispneia em

cuidados paliativos. Facto esse, também verificado em doentes que se encontravam nos últimos dias/horas de vida.

Jones et al (2010) acrescenta com a sua revisão sistemática que o exercício após o diagnóstico de neoplasia do pulmão é seguro e auxilia no controlo sintomático.

Pode-se concluir, também, que a prática de exercício físico possui um papel importante na prevenção do cancro, tendo sido também demonstrado impacto na saúde dos doentes a quem já tinha sido diagnosticado (Temel et al, 2009). Este autor acrescenta ainda que os doentes com metástases também beneficiam do exercício físico.

É notório a escassez de estudos que defendam as vantagens da RFR no doente com neoplasia do pulmão. No entanto, já vão existindo estudos que defendem os benefícios da reabilitação respiratória e do exercício no doente em estudo, o que nos leva a concluir que a RFR tem, de facto, benefícios na redução dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida e capacidade funcional.

Através do conhecimento da natureza multidimensional do doente com neoplasia do pulmão e com necessidade em ER, o impacto psicossocial e na funcionalidade, permite ao EEER assumir um papel fundamental junto deste, ajudando-o a lidar de forma mais eficaz com a sua doença, intervindo também junto da família e/ou pessoas significativas.

A intervenção do EEER, como refere o Diário da República (2011) visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando - lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (p. 8658).

3. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO Á PESSOA COM NEOPLASIA DO PULMÃO

O EEER como “prestador de cuidados tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação (...)” (Hesbeen, 2003, p. 4), sendo a sua principal função ajudar a pessoa a adaptar-se à sua situação de incapacidade, doença, caso ela sinta essa necessidade, tendo em conta os seus recursos e as suas capacidades. Tem competências específicas (OE, 2010) que visam essencialmente promover intervenções preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e maximizar o potencial funcional da pessoa, proporcionando assim maior independência nas AVD, maior independência funcional, maior satisfação e melhor qualidade de vida.

Atendendo a que “o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Diário da República, 2011, p. 8658), este tem um papel fundamental na reabilitação e na promoção do autocuidado.

O EEER, através do seu nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, toma decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa na execução das suas actividades de vida diárias, tendo um papel primordial para orientar, treinar, educar ou reeducar a pessoa que apresenta limitações crescentes.

Destaca-se a pertinência da sua intervenção na avaliação das necessidades da pessoa, tendo em conta o risco de alteração da funcionalidade cardiorrespiratória e da capacidade funcional para realizar as AVD's de forma autónoma, na identificação das necessidades de intervenção, na elaboração de um plano de intervenção, constituído por objetivos realistas, negociados com o doente e na implementação mesmo, conferindo especial ênfase na educação para a saúde, relacionada com a

cessação tabágica, com a nutrição, exercício, manutenção e exacerbação da doença, envolvendo a família e/ou pessoa significativa. Por outro lado, salienta-se também o seu papel nas diferentes intervenções terapêuticas, na RFR, no treino de exercícios e no desempenho das AVD (Wilkins, Stoller & Kacmarek, 2009).

A reabilitação baseia-se em conhecimentos cientificamente fundamentados, assegurando à pessoa incapacitada, bem como aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2003) surgindo o autocuidado, o qual relaciona as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades. Quando existe uma exigência de cuidados de si próprio e a pessoa é capaz de satisfazer essa necessidade, então é possível a satisfação do autocuidado. Mas, se a exigência é maior que a capacidade do indivíduo em a satisfazer, surge um desequilíbrio a que se chama défice de autocuidado (Taylor, 2004; Orem, 2001).

O autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado (cuidado dependente), contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

A evolução da neoplasia potencia o défice de autocuidado, surgindo quando a actividade de autocuidado não é adequada para lidar com os cuidados de saúde necessários, incapacitando a pessoa para o cuidado regulador de si própria (Orem, 2001).

Segundo Orem (2001) quando a pessoa vê afectada a sua capacidade de realizar de forma contínua as medidas para o autocuidado, neste caso pelos sintomas e evolução da neoplasia, surge a necessidade de intervenção. Este facto deve-se ao condicionamento da gestão dos factores reguladores do seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Para a autora, a neoplasia é definida como um desvio de saúde permanente, pois é considerado uma doença crónica, a qual mesmo que controlada, necessitará de vigilância prolongada, podendo ser causadora de défice de autocuidado.

Englobado no autocuidado encontram-se os requisitos universais, os de desenvolvimento e desvios de saúde.

Os requisitos universais estão associados a processos de vida com vista à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano. Orem descreve outras duas categorias de requisitos de autocuidado. Estes emergem da influência que os acontecimentos têm sobre os requisitos de autocuidado universal, sendo eles os requisitos de desenvolvimento e desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento associados a algum evento. Surgem conforme o estágio de desenvolvimento do indivíduo e o ambiente que o rodeia. Por sua vez, os requisitos de autocuidado de desvio de saúde resultam duma situação de doença, quer fruto das medidas usadas no seu diagnóstico ou tratamento.

Os princípios da teoria de Orem foram contribuem como linhas orientadoras da intervenção do EEER, podendo-se destacar os requisitos universais para o autocuidado. O conhecimento prévio à situação possibilita a identificação de défice de autocuidado e posterior elaboração das intervenções.

Orem define então 8 requisitos universais, **ar/respiração, alimentação, ingestão hídrica, eliminação, actividade e repouso, solidão e interacção social, bem-estar/risco e normalidade.**

As intervenções de ER são elaboradas de acordo com os sistemas de enfermagem totalmente compensatório (a enfermeira assume a responsabilidade dos cuidados), parcialmente compensatório (a enfermeira auxilia os cuidados, existindo participação da pessoa) e apoio-educação (a enfermeira incide na educação para o autocuidado), de forma a colmatar o défice de autocuidado.

A pessoa com neoplasia do pulmão experiencia uma panóplia de sintomas de acordo com a evolução da doença e do tratamento. Atendendo aos sistemas de enfermagem, o EEER presta cuidados de forma a minimizar o défice de autocuidado e maximizando o potencial do doente.

O reconhecimento da importância de um papel ativo do individuo na gestão da sua doença crónica, partilhada com os profissionais de saúde, e na selecção de tratamentos mais apropriados, assume-se como ponto fulcral para assegurar um novo paradigma de prestação de cuidados centrados na pessoa. É assim, premente inculir a responsabilidade acerca da sua saúde na pessoa alvo dos cuidados,

mobilizando estratégias para a sua adesão ao plano terapêutico. Filipe (2008) alerta para a importância na educação do doente, realçando as actividades educativas, como por exemplo o ensino do uso de terapêutica inalatória e prevenção de factores ambientais que possam desencadear crises e exacerbações da doença e as técnicas de conservação de energia. Aqui, realça-se a intervenção do EEER sob o sistema de enfermagem apoio-educação.

4. REABILITAÇÃO MOTORA E NA ELIMINAÇÃO

Os cuidados de enfermagem especializados são realizados com a missão de ajudar a pessoa a criarem um modo de viver com sentido e compatível com a sua situação, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção (Hesbeen, 2003).

De forma a adquirir as competências do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, surge a necessidade de desenvolver paralelamente o conhecimento e competências na área sensório-motor e de eliminação uma vez que “a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir.” (Collière, 1999, p. 290).

Ireia abordar de forma breve o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Lesão Vertebral Medular (LVM) por terem sido os diagnósticos mas comuns durante o EC.

Segundo a OMS, o AVC foi em 2011 a causa de morte de mais de 17 milhões de pessoas, e em 2030, prevê-se que se tornem a principal causa de morte e incapacidade no mundo, com o número de fatalidades previsto a aumentar cerca de 4%. Os dados da OMS mostram, ainda que o AVC é responsável por 46 591 milhões de *Dysability Adjusted Life Years* (DALYs) perto de 10% da totalidade registada e que em 2030 esse número irá aumentar consideravelmente nos países em vias de desenvolvimento ou não desenvolvidos (OMS, 2011).

Esta patologia é uma das maiores causas de incapacidade a longo prazo, ou seja, grande percentagem das pessoas que sobrevivem a um AVC ficam com limitações importantes que comprometem a sua qualidade de vida.

A reabilitação deve ter início na fase precoce, sendo o objetivo fundamental do programa de reabilitação ajudar a pessoa/família a adaptar-se à sua incapacidade, favorecendo a recuperação funcional, motora e neuropsicologia, de forma a promover a sua reintegração familiar, social e profissional, promovendo assim o seu autocuidado.

A pessoa com LVM também vivencia um acontecimento complexo que, de acordo

com a sua gravidade, apresenta implicações na vida da pessoa, dos seus familiares e sociedade.

As manifestações clínicas da lesão variam de acordo com a extensão e localização do dano medular, podendo a lesão ser completa ou incompleta. Tanto nas lesões completas, como nas incompletas, podemos encontrar situações em que não há lesão transversal total da medula. A caracterizar as lesões incompletas temos a preservação de alguma sensibilidade, ou mesmo atividade, abaixo do nível da lesão. No entanto, estas situações permitem, à partida, alguma recuperação destas funções (Simões, Braz, Gouveia, Bispo & Lorena, 2008). Assim, a pessoa que sofre LVM pode ter as seguintes categorias neurológicas: tetraplegia completa ou incompleta; paraplegia completa ou incompleta; nenhum défice ou desconhecido (Atrice, Morrison, McDowell, Ackerman, & Foy, 2010).

A maioria das pessoas que sofrem um AVC e LVM são ativas e independentes até ao episódio, sendo posteriormente o controlo da sua vida alterado, podendo depender de terceiros, de forma parcial ou completa na promoção do seu autocuidado. Neste sentido, é essencial a implementação de um programa de reabilitação personalizado, com o intuito de capacitar a pessoa e família, visando a sua reintegração saudável no quotidiano e na sociedade.

Os cuidados de ER incidem essencialmente na manutenção e/ou recuperação da mobilidade, prevenindo a instalação do padrão espástico, assim como lesões cutâneas provocadas pela imobilidade, padrão de eliminação e a readaptação nas AVD's, promovendo o seu autocuidado.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.

A reabilitação abrange conhecimentos específicos, os quais permitem “ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.” (Diário da República, 2011, p. 8658). Posto isto, espera-se que o EEER, com o nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida, tome decisões relativas à promoção da saúde, prevenindo complicações secundárias ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com Benner (2001) as competências do EEER nos cuidados às pessoas e respectivas famílias são fundamentais quando se adquire a perícia a nível profissional no sentido de ajudar a promover a sua autonomia e a família/cuidador a desenvolver capacidades para cuidarem do seu familiar, equacionando todas as variáveis que possam surgir neste processo de aprendizagem contínuo.

Com o objectivo de adquirir as competências que conferem o grau académico de Mestrado em Enfermagem e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foram desenvolvidos objectivos específicos e actividades para os atingir, de acordo com os domínios e competências preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2010) (apêndice IV).

De modo a atingir os objectivos propostos nas diferentes áreas, durante o 3º semestre realizei ensino clínico (EC) em três locais distintos. Iniciei num serviço de pneumologia de 1 de Outubro a 29 de Novembro de 2012. A escolha do serviço deveu-se às suas características específicas na abordagem ao doente do foro respiratório e oncológico, e a possibilitada de prestar cuidados especializados de reabilitação ao doente com neoplasia do pulmão.

De modo a aprofundar os conhecimentos na área da RR e com a possibilidade de conhecer a realidade de ambulatório e da zona norte do país, realizei EC (observação participante) numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de 3 a 14 de Dezembro de 2012.

Por fim, o EC referente à aquisição de competências na área neurológica e motora realizou-se num Centro de Medicina Física e Reabilitação, que decorreu entre dia 3 de Janeiro e 15 de Fevereiro.

Nestes três locais de EC procurei reunir estratégias, assimilando as aprendizagens e experiências realizadas, visando a aquisição das competências.

Ao longo deste capítulo irei abordar as aprendizagens realizadas com base na análise crítica e reflexiva, descrevendo as actividades desenvolvidas, recorrendo a suporte bibliográfico de modo a fundamentar as acções realizadas. O capítulo encontra-se dividido pelos diferentes domínios e competências inerentes. Para cada competência serão abordadas as actividades realizadas.

4.1 Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

De forma a adquirir as competências do EEER demonstrando uma prática profissional e ética, desenvolvi os seguintes objectivos específicos:

Quadro 2 – Domínio Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competências	Objectivos Específicos
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<p>- Desenvolver uma prática profissional, baseada nos princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>-Desenvolver competências que possibilitem identificar as necessidades de ER no doente com neoplasia do pulmão e alteração motoro-sensitiva;</p> <p>- Prestar cuidados de ER ao doente com neoplasia do pulmão, alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade, promovendo o autocuidado.</p>

De forma a atingir o objectivo **desenvolver uma prática profissional, baseada nos princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação** e compreender na íntegra a função do EEER, foi necessário integrar-me nos serviços nos quais realizei EC.

O primeiro local de EC foi o serviço de pneumologia, o qual tem na sua constituição duas EEER, uma das quais destacada para o cargo de gestão e outra a exercer

como EEER acumulando funções de segundo elemento. Este serviço caracteriza-se pela especificidade dos cuidados prestados ao doente com neoplasia do pulmão, sendo este o diagnóstico mais frequente de admissão. Além desta patologia, diagnósticos como DPOC, Bronquiectasias, Pneumotórax, Fibrose Quística, Fibrose Pulmonar, Sarcoidose, Derrame Pleural, Pneumonia Adquirida na Comunidade e realização de Biopsia Aspirativa Transtorácica também são comuns.

O serviço de internamento articula-se de forma mais próxima com o Hospital de Dia de Oncologia Pneumológica, assim como com o Departamento de Reeducação Funcional Respiratória, neste último o EEER tem um papel fulcral na continuidade do processo de reabilitação.

Vivenciei a vasta experiência da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com neoplasia do pulmão. A abordagem ética e holística é contínua e presente em todos os membros e colaboradores do serviço. De realçar que todos os profissionais caminham lado a lado nas pequenas perdas e conquistas do doente com neoplasia do pulmão, respeitando sempre o seu desejo.

As intervenções de enfermagem devem ser baseadas em princípios éticos contemplados no Código Deontológico dos Enfermeiros. O enfermeiro deve “salvaguardar o direito da pessoa (...), promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Diário da República - Decreto-Lei nº104/98, 1998, p.1754). A ética constitui um elemento fulcral para a prática baseada na evidência, já que serve de orientação para os estudos de investigação relativos à actividade do ser humano.

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro de reabilitação tem um papel de co-autor na programação do plano de reabilitação da pessoa, baseada em princípios éticos e deontológicos. Indo de encontro ao referido, durante a minha experiência em EC, desenvolvi a minha prestação de cuidados de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão, com o principal objectivo de respeitar o doente e indo de encontro às suas expectativas e promover o seu autocuidado. Assim, todo o trabalho desenvolvido, tal como intervenções, registo, reflexões, diálogos e partilha de informação com a equipa multidisciplinar respeitaram os princípios éticos de sigilo e anonimato.

O EEER é um profissional inserido numa equipa multidisciplinar que tem um conjunto de qualificações, habilitando-o a prestar cuidados autonomamente e em parceria, assumindo-se como perito em cuidados de enfermagem. As intervenções realizadas visaram a defesa da dignidade da pessoa humana (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Este aspecto foi também visível quando surgia a necessidade da minha participação na tomada de decisão junto do doente/família, em reuniões de equipa multidisciplinar, assim como em passagens de ocorrência e junto dos enfermeiros responsáveis pelo doente.

Para **desenvolver competências que possibilitem identificar as necessidades de ER no doente com neoplasia do pulmão e alteração sensório-motora** procurei compreender a especificidade do EEER, nas diferentes áreas de intervenção.

Durante as primeiras semanas de EC o serviço de pneumologia encontrava-se a sofrer obras estruturais, tendo o número de doentes reduzido de 20 para 8. Este acontecimento ajudou à integração no serviço, pois a disponibilidade da minha orientadora clínica para me acompanhar em todas as atividades foi um agente facilitador. Era notória a experiência da equipa multidisciplinar no acolhimento de alunos, em especial da especialidade de reabilitação.

De realçar, a valorização do EEER pela equipa multidisciplinar, que também se constituiu num fator positivo para ultrapassar a barreira de estudante a membro da equipa. “O espírito de reabilitação, além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa.” (Hesbeen, 2003, p. 64). O mesmo foi sentido nos outros locais de EC.

Durante EC no serviço de pneumologia, foi possível compreender a intervenção do EEER, desde a identificação das necessidades e prestação de cuidados de reabilitação, passando pela supervisão dos cuidados e apoio à equipa de enfermagem, assim como a colaboração com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

O EEER encontra-se muito próximo da equipa e na prestação de cuidados, detetando as necessidades sentidas tanto pelo doente como pela própria equipa de profissionais. Ao acompanhar a minha orientadora clínica, foi possível aperceber a perícia necessária para ir de encontro à identificação das necessidades de ambas as

partes, através da observação, diálogo formal e informal e avaliação dos cuidados prestados.

No EC do CMR a integração na equipa multidisciplinar também foi realizada com alguma facilidade. Aqui existem vários EEER que se encontram integrados na prestação de cuidados nas diferentes equipas, sendo a interacção constante um fator favorável. Desta forma, todos os cuidados prestados visam a reabilitação do utente. Este aspecto foi positivo, pois foi realizada a integração em toda a dinâmica do serviço e do utente, facilitando a visão holística do processo de reabilitação.

Através do conhecimento do funcionamento de ambos os serviços foi possível compreender o envolvimento da responsabilidade profissional e a prestação de cuidados à luz dos princípios éticos.

No sentido de reunir as competências necessárias para a identificação das necessidades de intervenção de ER e conseqüente prestação de cuidados, foi fulcral a elaboração de programas de reabilitação, incluindo os respectivos planos de cuidados de cada doente que me foi atribuído.

A informação pertinente para elaboração de cada plano foi recolhida através da colheita de dados. O serviço de pneumologia possuía um modelo de colheita de dados de enfermagem bastante completo, o qual foi tomado como guia orientador para recolha da informação pertinente. A folha de registo de ER (anexo I) foi tida como um guia de orientação para a avaliação global do doente e auxiliar no planeamento dos cuidados.

A consulta do processo clínico e exames complementares de diagnóstico, diálogo com o doente e cuidador de referência (quando presente), partilha de informação com os elementos da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, dietista, psicóloga e assistente social) também completou a recolha de informação, assim como a identificação dos requisitos universais para o autocuidado, segundo Dorothea Orem.

Deste modo, foi possível avaliar os requisitos universais, comparando-os ao estado de saúde prévio à admissão, assim como as condições habitacionais, profissionais e socioeconómicas e as relações familiares, identificando as necessidades de intervenção de ER de forma a promover o autocuidado.

Baseado no regulamento de competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e como planeado no projecto de formação, foi de extrema importância a avaliação da capacidade funcional do doente para a realização das AVD e a identificação do potencial de reabilitação de forma a implementar um plano de intervenção para reeducar e/ou maximizar a função aos vários níveis. Isto foi possível, através da aplicação de diferentes escalas, atendendo aos princípios éticos e objectivos específicos das mesmas.

Com o auxílio do referencial teórico de Orem, pude desenvolver competências que possibilitam identificar as necessidades de ER da pessoa com neoplasia do pulmão e alteração sensório-motora, assim como delinear as intervenções específicas e sua avaliação.

Após estabelecimento do défice de autocuidado, foram delineados objetivos a atingir, assim como as respetivas intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à satisfação do autocuidado.

De realçar que a avaliação foi constante, de forma a garantir intervenções especializadas e dirigidas à pessoa e indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no qual o EEER “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3).

Como referi anteriormente, a grande maioria dos doentes a quem prestei cuidados especializados tinham como diagnóstico neoplasia do pulmão. Tive a oportunidade de vivenciar diferentes fases da doença, desde a fase de início da sintomatologia, diagnóstico, evolução e fase terminal. Isto vai de encontro ao objectivo **prestar cuidados de ER ao doente com neoplasia do pulmão, alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade, promovendo o autocuidado** delineado anteriormente.

A autonomia na prestação de cuidados de reabilitação foi crescente e gradual. De modo a proceder à avaliação da capacidade funcional e do potencial de reabilitação do doente, fui adquirindo destreza na colheita dos dados necessários para identificação do défice de autocuidado e respectivo plano de reabilitação, respeitando sempre os princípios éticos e legais da profissão. O mesmo aconteceu durante a consulta do processo clínico e de exames complementares de diagnóstico.

Para tal, além da colheita de dados junto do doente e cuidador/família, procedi à avaliação das seguintes escalas: Escala de Dispneia classificada em quatro graus, Escala Modificada de Borg (avalia a dispneia durante o exercício físico), Escala de Lower (avalia a força muscular), Escala Modificada de Ashworth (avalia a espasticidade), Escala Numérica da Dor, Escala de Braden (avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão), de forma a auxiliarem na identificação do potencial de reabilitação e implementar um plano de intervenção para reeducar e/ou maximizar a função a vários níveis.

4.2 Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados

O EEER presta de cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria da qualidade da instituição na qual se encontra inserido. Para a aquisição das competências inerentes este domínio, foram delineados os seguintes objectivos:

Quadro 3 – Domínio da melhoria da qualidade dos cuidados

Competências	Objectivos Específicos
B2 – Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	- Compreender as intervenções do EEER na melhoria da qualidade dos cuidados; - Promover um ambiente terapêutico e seguro, no internamento e em ambulatório; - Desenvolver competências que permitam prestar cuidados de ER ao doente com neoplasia do pulmão e do foro neurológico, visando a maximização do seu potencial, com responsabilidade inclusiva; - Capacitar o doente/família/cuidador informal para o regresso ao domicílio;
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	
J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EEER engloba um nível elevado de conhecimentos e experiências acrescidas, que visam tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenindo complicações secundárias ao tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. De forma a complementar as minhas aprendizagens, recorri à vasta experiência em doentes com neoplasia do pulmão demonstrada pela minha orientadora, desenvolvendo os meus conhecimentos e preenchendo lacunas existentes. Realizei também pesquisa

bibliográfica, procurando evidência científica, que me ajudou a articular de melhor forma os conhecimentos e a melhorar a qualidade dos cuidados. Esta pesquisa realizada em livros, revistas, publicações e bases de dados, em articulação com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, permitiu um aumento da confiança na participação dos cuidados de reabilitação.

Além da pesquisa sobre novos tratamentos para a neoplasia do pulmão, a RR e exercício físico neste tipo de doentes, outras patologias respiratórias também suscitaram interesse.

Através da observação do EEER e participação nos cuidados pude **compreender as intervenções do EER na melhoria da qualidade dos cuidados** e de que modo é possível, através dos conhecimentos adquiridos e experiências anteriores, **promover um ambiente terapêutico e seguro durante o internamento e em ambulatório.**

No serviço de pneumologia além da RFR, é dada especial atenção ao fortalecimento muscular, o qual visa melhorar a participação nas AVD's promovendo o autocuidado e a autonomia, indo assim de encontro aos objetivos de um programa de reabilitação, "atingir o máximo de independência funcional." (Branco, et al., 2012, p. 65, DGS, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2010). Todas as intervenções realizadas eram acompanhadas de avaliação constante, de modo a avaliar o risco/benefício para o doente. A promoção do ambiente terapêutico e seguro merece especial atenção, atendendo à fase de agudização da doença e às características específicas da neoplasia do pulmão.

É de salientar o investimento que é realizado no doente com neoplasia do pulmão. A partir da sua admissão no serviço e de acordo com a sua situação clínica, é iniciado um programa de RR. São estabelecidos objetivos realistas e negociados com a pessoa.

Pude vivenciar a implementação de um plano de RR no qual também foi trabalhada a motivação do doente, pois este apresentava uma atitude passiva em relação à sua condição geral e potencial de reabilitação, não acreditando na possibilidade de melhorar a sua condição geral. Esta situação demonstra a parceria que deve existir no processo de reabilitação.

A RR constitui-se uma forte aliada na redução do impacto das doenças respiratórias, reduzindo a morbidade, evitando o recurso aos serviços de saúde e os custos associados.

Na URR pude vivenciar os benefícios de um programa de fortalecimento muscular e treino de alta intensidade em bicicleta. É de salientar o investimento realizado nos doentes com patologia respiratória, em especial com DPOC e na melhoria da sua qualidade de vida, assim como na redução de exacerbações da doença e consequente reinternamento. O contacto com utentes em regime de ambulatório possibilitou conhecer as necessidades de apoio e/ou estratégias presentes no regresso ao domicilio. Situações como a adaptação dos exercícios respiratórios ao domicilio, regresso às AVD's e aumento da confiança foram as dificuldades verbalizadas mais frequentemente, sendo trabalhadas posteriormente através de ensinios. Também foi possível vivenciar a melhoria tanto ao nível respiratório como de qualidade de vida destes doentes.

“Aqui entrou-se em contacto com utentes que frequentam o ginásio há vários anos e que comprovam os benefícios de seguir um programa de reabilitação funcional respiratória cíclico, sem que este seja associado a recuperação de exacerbações.” (Relatório de EC URR, apêndice V). Isto vai de encontro ao que Hoeman (2000) refere, em que “o valor de uma vida produtiva, ou mesmo de uma vida com menor impacto sobre os serviços de saúde, compensa os custos de reabilitação aguda, subaguda e em ambulatório.” (p. 32)

Santos (2009) conclui no seu estudo que a maioria dos utentes inseridos no programa de RR anual se considera com saúde, demonstrando algumas limitações nas AVDs como por exemplo subir escadas.

Com as intervenções delineadas, foi possível contribuir para a promoção do autocuidado, nomeadamente através do ensino das técnicas de conservação de energia, adaptação de dispositivos e produtos de apoio, RFR e treino da força muscular, promovendo a independência na realização das AVD'S e melhorando a qualidade de vida com consequente reintegração social.

Segundo Velloso&Jardim (2006) actualmente, a utilização das técnicas de conservação de energia é preconizada em todos os programas de reabilitação pulmonar com a finalidade de diminuir a sensação de dispneia e de prevenir, reduzir e retardar o aparecimento das

disfunções durante a realização das AVD, aumentando a capacidade funcional dos pacientes. (p.583).

Durante o EC da URR, numa conversa informal com as EEER, pude constatar que atualmente não tinham inscrito nenhum doente com neoplasia do pulmão, mas que normalmente é realizada RFR em regime de pré-operatório, não sendo frequente realizar-se em ambulatório na fase de pós-operatório, apenas em pós-operatório imediato nos serviços. Quando questionadas acerca do motivo pelo qual não surgiam doentes em regime de ambulatório, as razões referidas foram várias, desde o não encaminhamento por parte do médico assistente, a grande afluência de utentes e desinvestimento no doente com neoplasia. Esta vivência vai de encontro ao que Nwosu, Bayly, Gaunt e Mayland (2012) concluíram quando procurou compreender quais eram as atuais barreiras da reabilitação na neoplasia do pulmão, tendo concluído que a falta de conhecimento dos serviços e do modo de referência, assim como a longa lista de espera e a percepção de que os doentes com neoplasia não desejavam reabilitação eram tidas como os principais motivos.

Na tentativa de minimizar o tempo de espera, a URR aquando do término da última sessão, realiza a marcação do próximo tratamento, evitando assim o tempo de espera (Santos, 2009).

De um modo geral, durante os EC tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e com as experiências anteriores, assim como observar o EEER nas suas atividades, identificando e reconhecendo a importância das intervenções na melhoria da qualidade dos cuidados. No serviço de pneumologia pude participar na supervisão dos cuidados de enfermagem gerais e através da realização da ação de formação “O treino de marcha” (apêndice VI) pude compreender as intervenções do EEER na formação do grupo de pares, e simultaneamente promover um ambiente terapêutico e seguro, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No serviço de CMR pude compreender o papel do EEER no planeamento da alta, avaliando as necessidades de ensino do utente e cuidador, articulando com os departamentos existentes.

De modo a adquirir as competências referentes à **prestação de cuidados especializados, maximizando o potencial do doente**, demonstrando

responsabilidade inclusiva, foram identificados os requisitos universais de autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e por desvio de saúde. A partir da compreensão holística da pessoa e procurando responder às suas necessidades de autocuidado, foram identificados os défices existentes e o modo de resposta através dos sistemas de enfermagem.

Dos doentes a quem prestei cuidados de reabilitação em ambos os serviços, os seguintes requisitos universais foram os que se encontravam mais frequentemente alterados:

Quadro 4 – Requisitos universais alterados

Serviço de Pneumologia	CMR
Manutenção da inspiração de ar suficiente	Manutenção da inspiração de ar suficiente
Manutenção do equilíbrio entre a actividade e o descanso	Manutenção do equilíbrio entre a actividade e o descanso
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interacção social	Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interacção social
Manutenção da ingestão suficiente de alimentos	Manutenção de ingestão suficiente de água e alimentos Promoção dos cuidados associados com a eliminação Prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar

Em relação ao **requisito universal manutenção da inspiração de ar suficiente**, no serviço de pneumologia era o que mais frequentemente se encontrava alterado.

A identificação deste défice de autocuidado foi observada pela sintomatologia, auscultação pulmonar e avaliação da saturação periférica de oxigénio, manifestando-se através da dispneia, tosse ineficaz, presença de secreções e incapacidade na eliminação das mesmas.

As intervenções realizadas visaram prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios melhorando assim a distribuição e ventilação alveolar, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas de forma a diminuir o trabalho respiratório e consequentemente, recuperação da mobilidade costal e diafragmática, aumentando a independência, auto-estima e reduzindo a sintomatologia (Branco, et al., 2012;Cordeiro&Menoita, 2012; Heitor et al. 1988).

As **técnicas de RFR** realizadas contribuíram de forma global para aumentar a capacidade funcional dos indivíduos, tendo sido realizadas consoante a tolerância

de cada doente. As mais utilizadas foram a reeducação diafragmática (porção posterior, com resistência manual e peso através de saco de areia ou balão de soro fisiológico), reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda, reeducação costal global com bastão e selectiva anterior/inferior/lateral com abertura costal, ensino da tosse (dirigida e assistida), drenagem postural modificada com as manobras acessórias de percussão e vibração. No entanto, estas últimas não foram realizadas em doentes com metástases ósseas devido à fragilidade óssea e risco de fractura (Branco, et al., 2012).

Em algumas situações, a **reeducação costal selectiva lateral** com abertura costal não foi realizada por pouca tolerância do doente. Esta tolerância era avaliada através da Escala de Dispneia.

“No primeiro dia apresentou cansaço a pequenos esforços e necessidade de descansar entre exercícios. Não foi realizada reeducação costal lateral com abertura costal por dispneia grau II.” (Plano de cuidados nº1, apêndice VII).

De modo a reduzir a tensão psíquica e muscular, iniciava a RFR com a **posição de relaxamento**, facilitando a participação da pessoa e obtendo um relaxamento dos músculos acessórios da respiração, da cintura escapular, pescoço, membros superiores, facilitando a aquisição da respiração diafragmática (Canteiro & Heitor, 2003). Verifiquei estes benefícios no doente com dispneia, especialmente em doentes com neoplasia em fase terminal e DPOC a quem também prestei cuidados. Tive a oportunidade de realizar ensino acerca das várias posições de descanso, especialmente a posição de cocheiro sentado.

Com a consciencialização e controlo da respiração, o doente adquire a consciência do seu padrão respiratório, dissociando os tempos respiratórios, melhorando a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios. Através das intervenções realizadas pude experienciar diferentes situações. Desde o doente que iniciava pela primeira vez RFR até ao doente que já tinha instituído o programa de RFR e apenas necessitava de supervisão. Uma das maiores dificuldades demonstradas pelos doentes foi a realização da inspiração nasal profunda e expiração pela boca, de forma suave e prolongada.

Foi também abordada a técnica de expiração prolongada com lábios semi-cerrados, auxiliando o controlo da respiração, diminuindo a frequência respiratória, o grau de dispneia e evitando o colapso alveolar.

A reeducação diafragmática com resistência, sempre que tolerada pelo doente, foi realizada com vista a fortalecer a musculatura abdominal, fortalecendo o diafragma e aumentando a resistência à fadiga, sendo indicada no doente com neoplasia do pulmão (Branco, et al., 2012).

De modo a beneficiar a mobilização das secreções e sua expulsão (Cordeiro & Menoita, 2012) foi também realizado o **ciclo ativo de técnicas respiratórias (CATR)**. A combinação de várias técnicas foi benéfica em doente broncorreicos e com dificuldade em mobilizar e expelir secreções.

O recurso a dispositivos de ajuda para a mobilização de secreções também foi uma mais-valia para a aprendizagem e mobilização dos conhecimentos teóricos, assim como a familiarização do dispositivo **Shaker e Treshold**. No entanto, o **Flutter** e o **Acapella** foram os dispositivos mais utilizados. Enquanto o Flutter apenas pode ser utilizado na posição de sentado, o Acapella pode ser utilizado na posição de pé, sentado ou deitado, não dependendo da gravidade (Cordeiro & Menoita, 2012). Este último foi utilizado durante a respiração diafragmática e reeducação das hemicúpulas, facilitando a mobilização das secreções nos doentes que não toleravam o Flutter. É também possível a administração de oxigénio quando necessário através do Acapella. Ambos foram utilizados em doentes com neoplasia do pulmão, nos quais a adesão e tolerância foi bastante positiva. Através da oscilação e pressão expiratória positiva criada pelos dispositivos, o despreendimento das secreções é facilitado assim como a sua expulsão.

Tive também a possibilidade de utilizar o dispositivo **Cough Assist** num doente com neoplasia do pulmão, no qual a tosse não era eficaz e devido ao seu estado de debilidade não tolerava as técnicas de RFR. Assim, foi possível através da aplicação de “ciclos alternados de pressão positiva (insuflação) e negativa (aspiração de secreções traqueobrônquicas), facilitar o desencadear a tosse e eliminação de secreções.” (Branco, et al., 2012, p.49). Em associação foi realizada aspiração de secreções, conseguindo assim melhorar a ventilação.

De modo a facilitar a eliminação das secreções, é frequente associar-se a **humidificação** das mesmas (Branco, et al., 2012; Braga, 2010). No serviço de pneumologia recorria-se à utilização de aerossóis, hidratação oral de forma a fluidificar as secreções, administração de terapêutica fluidificante (oral e endovenosa).

A **terapêutica de posição** foi utilizada num doente com neoplasia do pulmão e derrame pleural neoplásico, tendo este tolerado o decúbito proposto. Os benefícios ao nível respiratório não foram observados a curto prazo, mas o intuito de promover a reabsorção do líquido, evitar o preenchimento do seio costal-frênico de forma a evitar a formação de aderências e adopção de posições anti-álgicas foram as principais demandas. A utilização desta técnica possibilitou a melhoria do padrão respiratório do doente, tendo sido posteriormente associada a abertura costal selectiva de modo a promover a mobilidade costal. Foi também sugerido pela minha orientadora clínica a utilização do espirometro de incentivo durante a terapêutica de posição, o qual foi tolerado pelo doente. Esta intervenção visava melhorar a distribuição de forma homogénea do ar simultaneamente evitar a formação de aderências.

A **correção postural** também foi prática corrente das intervenções realizadas, de forma a assegurar uma ventilação eficaz, prevenindo e corrigindo defeitos posturais. Na fase de agudização das crises de dispneia constitui-se um grande aliado, evitando a respiração costal superior tão característica.

Durante a realização do projecto que deu origem aos EC já me encontrava desperta para a importância do **treino de exercícios dos membros superiores e inferiores**, mas na prática pude comprovar que os ganhos em saúde são inigualáveis. No plano de cuidados nº 2 (apêndice VIII) foi visível a evolução positiva do doente, tendo conseguido manter a força muscular e mobilidade articular dos membros superiores e aumentado nos membros inferiores, conseguindo inclusive realizar marcha com apoio bilateral.

Na **URR** os doentes em programa de RR anual encontravam-se em fase de estabilidade da sua doença. Os doentes apresentavam maioritariamente DPOC, asma, bronquiectasias, derrame pleural, pneumotórax, lobectomia e pneumectomia. As intervenções visavam melhorar a ventilação alveolar, corrigir assinergias

ventilatórias e eliminar secreções. Através da realização do programa de treino alta intensidade em bicicleta foi possível aumentar a tolerância ao esforço, diminuindo a dispneia e melhorando a eficácia do trabalho muscular em doentes com DPOC, doença do interstício e aguardar transplante pulmonar.

A RR realizada no doente com neoplasia do pulmão foi de encontro ao referido por Branco, et al. (2012) quando aborda a constituição de um plano de RR no doente com doença respiratória oncologia, o qual deve abranger “a humidificação frequente das vias aéreas e técnicas de permeabilização das vias aéreas (...) devido à hipersecreção e obstrução brônquicas que caracterizam os processos neoplásicos.” (p.130).

No **CMR** pude vivenciar a aplicação de programa de RFR no doente com LVM.

Estes doentes podem adquirir um padrão respiratório restritivo devido à limitação da funcionalidade dos músculos ventilatórios, hipoventilação alveolar, a redução de fluxo respiratório e ineficácia da tosse (Branco, et al., 2012).

A intervenção do EEER visa colmatar as alterações descritas, assim como o ensino e orientação acerca dos exercícios a realizar e adaptação a dispositivos e a continuidade no domicílio. Durante a minha permanência no CMR pude realizar RFR em um doente com tetraparésia (fractura C3 a C7) o qual apresentava alteração ventilatória restritiva muito grave, pressões respiratórias diminuídas, tendo indicação para uso de faixa de contenção abdominal, espirómetro de incentivo e cinesiterapia (Plano de cuidados nº 3, apêndice IX). A utilização da faixa não foi possível pois o doente ainda não tolerava a sua colocação devido ao seu actual padrão respiratório. Por ser uma instituição privada, a família é a responsável pela compra do espirómetro, o qual ainda não tinha sido adquirido até ao final do ensino clínico.

A realização de RFR neste doente foi um desafio, pois ele não compreendia os benefícios das intervenções. Nesta situação tive de encontrar estratégias para motivar o utente a realizar a RFR e a compreender os seus benefícios. As intervenções realizadas encontram-se descritas no diário de aprendizagem nº 3 (apêndice X).

O requisito universal referente à **manutenção do equilíbrio entre a actividade e o descanso** no serviço de pneumologia demonstrou ser um grande investimento no doente com neoplasia do pulmão. De forma a combater o estigma de que este tipo

de doente apenas é alvo de intervenções ao nível respiratório, pude comprovar que ao nível motor possui grande potencial de intervenção na área da reabilitação.

As intervenções no doente com neoplasia do pulmão visaram essencialmente a manutenção e aumento da força muscular, minimizando o impacto do emagrecimento e perda da musculatura.

Atendendo à sintomatologia/manifestação da neoplasia, existe conseqüentemente uma redução da mobilidade, que no caso dos doentes alvo das minhas intervenções, resultou na diminuição da força muscular, em especial nos membros inferiores (devido à imobilidade) e incapacidade na realização das AVD's.

Neste contexto, as principais intervenções de reabilitação incidiram na realização de mobilizações passivas, activas assistidas e activas com resistência (introduzido, de forma progressiva, pesos consoante a tolerância do doente), treino de equilíbrio, de marcha e técnicas de conservação de energia. É de realçar que, num dos doentes com neoplasia do pulmão, que mais tarde veio a falecer no serviço devido à evolução da situação clínica, foi possível verificar o aumento satisfatório da força muscular, conseguindo o doente realizar marcha com apoio do carrinho de compras. Este doente, aquando da admissão tinha força muscular no segmento tibiotársica e dedos do membro inferior esquerdo de grau 2/5 e não conseguia realizar movimento contra a gravidade. Após as intervenções, realizava marcha com apoio do carrinho de compras (manifestava menos cansaço na avaliação da Escala Modificada de Borg em relação ao apoio unilateral), elevação do joelho na posição de sentado com peso de 0,5 kg no membro inferior esquerdo e levante com supervisão. As intervenções realizadas encontram-se descritas no plano de cuidados nº 2 (apêndice VIII).

As intervenções neste doente demonstram que, apesar do diagnóstico de neoplasia do pulmão com metástases ósseas e a sua evolução ter sido desfavorável, o doente possuía potencial de reabilitação, e todas as conquistas são tão importantes como as de um doente com uma patologia de evolução mais lenta.

No entanto, compreendi que o EEER deve encontrar-se desperto para a necessidade de compreender a conquista e/ou retrocesso da evolução, pois é tido pelo doente como o alicerce do seu plano de reabilitação.

O doente com neoplasia do pulmão, numa fase inicial demonstra-se receoso em realizar os exercícios, ansiando crises de dispneia, as quais tentam evitar ao máximo. Fui-me apercebendo desta situação, começando a abordar as vantagens do exercício e os benefícios que iriam comprovar, salvaguardando sempre que se encontravam sob vigilância e mal demonstrassem cansaço lhes era permitido realizar a posição de descanso, previamente reforçada. Devo dizer que após este pequeno diálogo, os doentes adquiriam mais confiança, tanto neles como no EEER, participando sem receios.

Como referido anteriormente, foram realizadas após avaliação da força muscular, mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas com resistência. Após reavaliação da força muscular, era visível o aumento da mesma, possibilitando a introdução de pesos. Foram também realizadas atividades terapêuticas, nas quais houve maior incidência no rolar na cama (no caso do Sr. MR tinha o objectivo de promover a independência no levantar da cama), a ponte com introdução da bola suíça de pequenas dimensões.

Após reforço muscular, foi realizado o treino de equilíbrio e treino de marcha. Este último foi monitorizado através de oximetria periférica e despiste de dispneia, sendo aplicada a Escala Modificada de Borg.

Foram utilizados vários auxiliares de marcha, os mais frequentes foram as canadianas, andarilho, *carrinho de compras* e bengala.

Tive também oportunidade de realizar a prova de marcha dos seis minutos com o objetivo de ajustar oxigenoterapia para o domicílio.

Na URR, como já foi referido, também foram comprovados os benefícios do treino de alta intensidade em bicicleta na melhoria da qualidade de vida, aumentando a resistência ao esforço na realização das AVD's.

No CMR este requisito também se encontra frequentemente alterado, sendo aqui causado pela alteração sensório-motor. As intervenções visavam a prevenção da síndrome da imobilidade, manutenção da integridade cutânea e articular, manutenção da amplitude de movimentos, estimulação sensorial e recuperação da força muscular e sensibilidade.

A readaptação funcional à sua nova condição também é um investimento importante, sendo exigido ao utente um árduo trabalho para que este consiga atingir os objectivos propostos pela equipa multidisciplinar.

As intervenções realizadas após identificação do défice de autocuidado englobavam a técnica de facilitação cruzada (no caso do doente com AVC), posicionamento em padrão anti-espástico, estimulação sensorial, mobilizações e atividades terapêuticas. Através de ajudas técnicas/produtos de apoio foi possível aumentar a autonomia do utente na realização das suas AVDs de forma mais autónoma, tendo sido constatada a adesão por parte do utente a utilização. As mais utilizadas foram os utensílios para a alimentação, higiene e vestuário.

A experiência neste local de EC possibilitou articular e aprofundar os conhecimentos teóricos, compreendendo a intervenção do EEER no doente com alteração da mobilidade e sensibilidade, desde as alterações motoras, familiares, profissionais e emocionais. Terminei este EC com um leque de novos conhecimentos nesta área, pois as soluções que dantes tentava encontrar, eram a realidade deste serviço.

Em relação à **manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interacção social**, no serviço de pneumologia, este requisito encontrava-se normalmente alterado devido à dispneia. No doente com neoplasia do pulmão foi possível obter resultados favoráveis nesta área. Foi notório o aumento da participação e motivação para o doente se relacionar com os outros após cessação das crises de dispneia e diminuição da quantidade de secreções.

Também pude acompanhar o exemplo de um doente com neoplasia do pulmão sob oxigénio de longa duração (OLD) que há sensivelmente dois anos não saia de casa e um dos seus hobbies até então era ir ao café diariamente. Quando questionado referia que não queria que o vissem e soubessem que estava a realizar OLD. A componente da imagem corporal foi então trabalhada com o doente e referidos os benefícios. Iniciou-se o processo de interacção social com os doentes do mesmo quarto e posteriormente com outros doentes do serviço, de modo a promover a aceitação da sua condição. Conseguimos também que o doente falasse abertamente sobre os medos e receios acerca da sua situação/evolução, o que também se demonstrou benéfico.

Esta situação não foi observada na URR, o utente sob OLD deslocava-se para qualquer sítio e convivia socialmente sem constrangimentos. Quando abordados acerca deste fato, referiam que era como se tivessem uma nova oportunidade de viver as suas vidas e não a iam desperdiçar.

No CMR este défice era um dos problemas mais frequentemente identificado. Inicialmente o utente ainda se encontra em processo de aceitação do acontecimento de vida e a sua nova condição, recusando ser visto com a sua limitação. Um dos fatores que tem impacto positivo é a filosofia de cuidados e dinâmica da instituição. A pessoa sem qualquer limitação passa a ser a pessoa diferente.

O edifício encontra-se totalmente adaptado a pessoas com alteração da mobilidade, minimizando o impacto da limitação. Aqui, o utente pode deslocar-se para os departamentos, bar e refeitório de forma autónoma.

No serviço de pneumologia, a **manutenção da ingestão suficiente de alimentos** encontrava-se presente devido à dispneia despoletada pela doença e conseqüente incapacidade, sendo frequente a adaptação da consistência dos alimentos.

No doente com neoplasia do pulmão a alteração da deglutição com disfagia foi frequente. As causas mais frequentes foram a presença de secreções e de massa neoplásica, tendo sido colmatada com o ensino da forma correcta de deglutir e realizando a sua higiene brônquica antes das refeições. A adaptação da consistência dos alimentos também é um factor importante, sendo a maior parte das vezes adicionado espessante aos líquidos. Neste serviço não foi necessário o auxílio de produtos de apoio, no entanto no CMR eram utilizados os mais diferentes produtos de apoio, de modo a potenciar a funcionalidade.

A **promoção dos cuidados associados com a eliminação**, embora não surgisse alterada no serviço de pneumologia, pode-se dizer que pode relacionar-se com a evolução da doença oncológica, crises de dispneia e fadiga muscular. A maioria dos doentes eram do sexo masculino, estando a eliminação vesical menos dificultada, o doente era incentivado a utilizar o urinol quando continente. Relativamente ao trânsito intestinal, a associação de laxantes era frequente, reduzindo assim os efeitos secundários de terapêutica.

No CRM observei um estudo urodinâmico de modo a compreender no que consistia e as especificidades do doente com LVM. Através do conhecimento adquirido com

esta observação, foi-me mais fácil compreender que intervenção poderia realizar de modo a potenciar a funcionalidade do doente. Foi possível realizar o treino de fortalecimento dos músculos pélvicos, através dos exercícios de Kegel e do treino de esvaziamento no caso de LVM.

A intervenção na **prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar** visa compreender a vivência da situação de doença pela pessoa, de modo a identificar as áreas de intervenção do EEER.

No caso do Sr. AV (apêndice VII), este encontrava-se em fase de negação do acontecimento de vida, não se encontrando colaborante e desperto para o seu plano de reabilitação. Neste utente foi possível compreender a necessidade de negociação do processo de reabilitação, pois só com a motivação dos profissionais de saúde não era possível atingir os ganhos planeados. Até ao final do EC, o Sr. AV ainda não se encontrava motivado para o seu processo de reabilitação.

4.3 Domínio da Gestão de cuidados

De forma a adquirir as competências necessárias para realizar a gestão dos cuidados, conferindo segurança e qualidade nas intervenções, foram definidos os seguintes objectivos:

Quadro 5 – Domínio da Gestão de cuidados

Competências	Objectivos Específicos
C1. – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	-Participar na gestão do cuidados de ER, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados; - Prestar cuidados de ER ao doente com neoplasia do pulmão e alteração neurológica, e a sua família/cuidador informal, promovendo o seu autocuidado e maximizando a funcionalidade.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;	
J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	

Através das aprendizagens realizadas nos diferentes contextos de EC, pude compreender que o papel do EEER no que respeita à **participação na gestão dos**

cuidados de ER, visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados requer a articulação de diversos conhecimentos e experiência.

No serviço de pneumologia pude absorver uma panóplia de aprendizagens, em parte motivada pelos conhecimentos da minha orientadora clínica, que contribuiu para o crescente interesse e entusiasmo sobre os benefícios da ER no doente com neoplasia do pulmão, assim como todo o investimento possível.

As minhas intervenções, além da componente terapêutica de reabilitação, visaram a promoção da continuidade de cuidados, conferindo visibilidade das intervenções realizadas, de modo a demonstrar os benefícios adquiridos pelo doente com neoplasia do pulmão, capacitando-o para a redução do défice de autocuidado.

Com a aquisição dos conhecimentos proporcionados pelas vivências nos diferentes EC, fui desenvolvendo a minha autonomia e responsabilidade como futura EEER, assimilando os saberes partilhados pelos EEER. Assim, pude prestar cuidados especializados de reabilitação a um número crescente, de doentes, absorvendo o máximo de aprendizagens possíveis.

Sempre que era identificada a necessidade de referenciação para outro profissional de saúde, esta era realizada, colaborando no processo de transferência do doente.

No serviço de pneumologia, foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos na área do treino de marcha, necessidade essa sentida por toda a equipa. Foi então aceite o desafio de contribuir para a gestão e melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem. A preparação da sessão de formação constituiu-se uma procura de informação constante, pois constatei que é um tema pouco abordado na área de enfermagem, sendo a sua adaptação ao doente com neoplasia do pulmão, um desafio (apêndice IV).

Através da elaboração e desenvolvimento dos planos de cuidados pude contribuir para o desenvolvimento do programa de reabilitação dos doentes à minha responsabilidade, contribuindo assim com os conhecimentos fundamentados na evidência científica, assim como na aplicabilidade de *guidelines*, fazendo a ponte entre a teoria e a prática. A articulação com o modelo teórico foi tida como uma mais-valia, pois Orem compreende o doente como o agente principal para o autocuidado, potenciando-o para a sua autonomia.

Com a realização de registos de ER foi possível conferir visibilidade das intervenções efectuadas e os ganhos em saúde. No caso do doente com neoplasia do pulmão era assim possível verificar os benefícios da RFR através da melhoria do padrão respiratório.

Desta forma, fui de encontro ao objectivo de **prestar cuidados de ER ao doente com neoplasia do pulmão e alteração neurológica, e a sua família/cuidador informal, promovendo o seu autocuidado e maximizando a funcionalidade.**

4.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Para a prestação de cuidados de enfermagem é essencial o conhecimento de Si e da relação com o Outro, sendo a capacidade de auto-conhecimento fundamental. De modo a desenvolver este conhecimento, foi delineado o seguinte objectivo:

Quadro 6 – Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competências	Objectivos Específicos
D1. – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade. D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Desenvolver o auto-conhecimento de forma a facilitar a identificação de factores que possam interferir na prestação de cuidados;

Este domínio acompanhou-me de forma transversal no desenvolvimento das aprendizagens que culminaram na aquisição das competências.

A Enfermagem constitui-se uma profissão centrada na interação da vivência do projeto de saúde de cada pessoa, conferindo-o como singular, único e indivisível (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Para Fernandes (2007) o EC é tido como um local propício à prática reflexiva, tendo esta estado presente em todas as acções realizadas.

A reflexão sobre as práticas foi constante, de forma a adquirir o máximo de conhecimento possível. Assim, através da análise de situações vividas, era tomada consciência do impacto e sentimentos gerados, tanto no profissional de saúde como no doente.

Atendendo à especificidade de doentes aos quais prestei cuidados, doentes com neoplasia do pulmão e alterações sensório-motoras, as reflexões sobre a prática conferiam extrema importância, auxiliando a compreender os sentimentos gerados. Desta forma, pude gerir sentimentos e as emoções despoletadas pelas intervenções.

A utilização do ciclo de Gibbs deu espaço à reflexão e consciencialização dos sentimentos originados, tornando-se as reflexões um trabalho bastante útil. Pude assim tomar consciência da aquisição de conhecimentos e das competências que ansiava ao longo deste percurso, assim como compreender as dificuldades sentidas e de que modo estas me afectavam, encontrando soluções para as minimizar ou colmatar. No que respeita às lacunas, também foi possível através da reflexão compreender de que forma interferiam no processo de aprendizagem.

Assim, a prática reflexiva obriga-nos a pensar sobre a nossa prática e analisar as nossas atitudes e comportamentos, auxiliando a construção do nosso caminho. Caminho esse que segue na direcção do desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação definidas pela OE, enquanto futura enfermeira especialista de reabilitação. Espero assim, ter conseguido mobilizar resultados da prática baseada na evidência, no sentido da melhoria da qualidade não só da enfermagem, mas sobretudo da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hesbeen (2003) refere que o espírito da reabilitação permite a cada profissional "(...) mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem" (p.35). Assim, com o presente relatório procurei dar resposta às minhas necessidades e expetativas, contribuindo através da aquisição de competências para a melhoria da qualidade de vida dos doentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Com a realização dos EC, foi possível vivenciar na primeira pessoa as oportunidade do cuidado em Enfermagem de Reabilitação, e a partir dai, iniciar a construção da minha identidade como futura EEER.

Através da articulação dos conhecimentos adquiridos ao longo deste ciclo de estudos, foi possível desenvolver e adquirir as competências que lhe são inerentes.

De realçar que, através da prática reflexiva e baseada na evidência pude contribuir para a gestão e melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O tema abraçado por mim foi, inicialmente um desafio, pois a RR no doente com neoplasia do pulmão encontra-se envolto em controvérsia. No entanto, a promoção do autocuidado revelou-se a descoberta de um universo de intervenções possíveis de realizar. Pude experienciar o desejo da pessoa com neoplasia na busca da satisfação do seu autocuidado, comprovando que este caminho deve ser acompanhado pelo EEER.

Com vista à maximização do potencial funcional e de independência do doente com neoplasia do pulmão, o EEER tem uma intervenção fulcral na capacitação para o autocuidado, minimizando desta forma a evolução da doença.

Das experiências vividas em contexto de EC, com a articulação dos conhecimentos adquiridos na teoria e complementados durante a componente prática, e atendendo às competências do EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) foi visível o beneficio da realização de RR no doente com neoplasia do pulmão. No

entanto, é necessário atender ao estado geral do doente, às suas expectativas e desejos, avaliando o benefício das intervenções.

Os enfermeiros e restantes profissionais, quer de cuidados gerais, quer de cuidados especializados, devem valorizar o potencial do doente com neoplasia do pulmão. Com a realização deste trabalho espero ter conseguido demonstrar que a reabilitação e a neoplasia do pulmão são compatíveis, salientando, a necessidade de um maior investimento no doente com neoplasia do pulmão. Fica, no entanto, a certeza, que a partir deste momento, serei uma eterna mensageira das conquistas aqui descritas. Contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade de vida do doente com neoplasia do pulmão e conferindo a visibilidade tão merecida do EEER, o qual ainda é se encontra “adormecida” na sociedade.

É premente uma mudança cultural e governamental na abordagem ao doente com neoplasia do pulmão, conferindo-lhe carácter de doença crónica.

Uma nova identidade foi formada, estando agora iniciado um novo e longo percurso, repleto de estrelas, cujo brilho me iluminará o caminho a percorrer...

BIBLIOGRAFIA

- Andersen, A.; Vinther, A.; Poulsen, L.; Mellemegaard, A. (2011). Do patients with lung cancer benefit from physical exercise? *Acta Oncológica* 50, 307-313.
- Aras, M.; Unsal, S. (2007). The Essence of Rehabilitation of Patients with Cancer. *J. Phys. Med* 53, 74-77.
- Atrice, M., Morrison, S., McDowell, S., Ackerman, P. e Foy, T. (2010). Lesão Medular Traumática In Umphred, D. *Reabilitação Neurológica* (5ª ed) (pp. 534-583). Elsevier.
- Azeredo, C. (1993). *Fisioterapia respiratória moderna*. São Paulo: Editora Manole.
- Barata, F.; Costa, A. (2007). Carcinoma do pulmão de pequenas células – Estado da arte e perspectivas futuras. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(4), 587-604.
- Benner, Patrícia (2001) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto.
- Braga, R. (2009). *Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos (4ª edição). Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Brambilla, E.; Travis, W.; Colby, T.; Corrin, B.; Shimosato, Y. (2001). The new World Health Organization classification of lung tumours. *European Respiratory Journal*. 18, 1059-1068.
- Branco, P., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). *Temas de Reabilitação – Reabilitação Respiratória*. Porto: Servier.
- Bredin, M.; Corner, J.; Krishnasamy, M.; Plant, H.; Bailey, C.; A'kern, R. (1999). Multicenter randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung câncer. *BMJ*. Vol. 318,3.

- Canteiro, M.; Heitor, C. (2003). Reabilitação Respiratória. In Gomes, M. e Sotto-Mayor, R. *Tratado de Pneumologia* (pp. 1785-1896). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Cockram, J.; Cecin, N.; Jenkins, S. (2006). Maintaining exercise capacity and quality of life following pulmonary rehabilitation. *Respirology*. 11, 98-104.
- Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. LIDEL edições técnicas - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa.
- Collins, L.; Haines, C.; Perkel, R.; Enck, R. (2007). Lung cancer: diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. Vol. 75, 56-63.
- Cordeiro, M^a; Menoita, E.(2012) *Manual de boas praticas na reabilitação respiratória*. Lures: Lusociências.
- Costa, D. (1999). *Fisioterapia respiratória básica*. São Paulo: Atheneu.
- Costa, M.; Coimbra, M. (1997). *Cinesiterapia respiratória. Reeducação funcional respiratória*. In Cruz, A. Manual de Sinais Vitais. Técnicas de reabilitação II. 1^a Ed. Coimbra:Formasau. 109-127.
- Costa, F.; Barata, F. (2007). Abordagem terapêutica do carcinoma pulmonar de não pequenas células no idoso. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII (6), 841-854.
- Diário da Republica (1998). *Criação e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Decreto-Lei nº 104/98*.
- Diário da República (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. DR 35/11, nº35, 2^a série de 18/2/2011.
- Direcção Geral de Saúde [DGS] (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular informativa nº 40A\DSPCD

- Direcção Geral de Saúde (2011). *Infotabac relatório – Primeira avaliação do impacto da aplicabilidade da Lei do Tabaco*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência.
- Fernandes, A. (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*, 1(1), 71-78. Acedido Fevereiro 22, 2012, em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/12.pdf
- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência*. Loures: Lusociência.
- Ferrara, A. (2011) – Chronic obstructive pulmonary disease. *Radiologic Technology*, 82(3), 245-263. Acedido Abril 29, 2011, em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=4&sid=4872f443-47e6-40ec-bfb5-2c568dd7f869%40sessionmgr113>
- Filipe, S. (2008). *Exercício programado e controlado devolve qualidade de vida*. Recuperado em 29 Abril, 2011, em <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/articles.php?id=97>
- Gameiro, M. (1999). *O sofrimento na doença: estudo da estrutura dimensional das experiências subjectivas de sofrimento na doença e da relação com outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Global Obstructive Lung Disease [GOLD] (2010). *Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* (updated 2010).
- Global Obstructive Lung Disease [GOLD] (2011). *Pocket Guide to COPD diagnoses, management and prevention*.
- Heitor, M.; Canteiro, M.; Ferreira, J.; Olazabal, M.; Maia, M. (1988) *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-43-6.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação*. (2ª ed.) Loures: Lusociência.
- Jones, L.; Neil, D.; Kraus, W.; Potti, A.; Crawford, J.; Blumenthal, J.; Peterson, B.; -

- Douglas, P. (2010). The lung cancer exercise training study: a randomized trial of aerobic training, resistance training or both in post surgical lung cancer patients: rationale and design. *BMC Cancer*, 10:155. <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/155>, acessido a 3 de Maio de 2012.
- Melo, M^a. (2003). *Neoplasias do pulmão* in Gomes, M^a José; Sotto-Mayor, R. Tratado de Pneumologia. Permanyer Portugal, Volume 2, 1137-1148.
- Minna, J.; Schiller, J. (2008). *Neoplasias do pulmão* in Fauci, A.; Braunwald, E.; Kasper, D.; Hauser, S.; Longo, D.. Harrison's Principles of Internal Medicine.. McGraw-Hill Professional. 17^a edição, 551-563.
- Montagnini, M.; Lodhi, M. (2003). The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, Vol.6, N^o1, 11-17.
- Ministério da Saúde (2010). *Recomendações nacionais para o diagnóstico e tratamento do Cancro do Pulmão*. Vol. 9. Alto Comissariado da Saúde.
- Novaes, F.; Caetano, D.; Junior, R.; Defaveri, J.; Michelin, O.; Caetano, A. (2008). Câncer do pumao: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34:8, 595-600.
- Nwosu, A. Bayly, J., Gaunt, K., Mayland, C. (2012) Lung cancer and rehabilitation – what are the barriers? Results of a questionnaire survey and the development of regional lung câncer rehabilitation standards and guidelines. *Supportive Care in Cancer*. Dez V.20, n^o12 3247-3254.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2011). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias – Desafios e oportunidade e tempos de crise*.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR] (2008). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*.
- Olazabel, S. (2003). *Métodos e limpeza das via áreas*. In Gomes, M. e Sotto-Mayor, R. Tratado de Pneumologia. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Permanyer Portugal. P. 1807-1812.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código deontológico*. Lisboa. Acedido Fevereiro 22, 2012, <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Otto, Shirley (1997). *Enfermagem em Oncologia*. Lisboa: Lusociência.
- Parente, B.; Barata, F.; Neto, I.; Costa A. (2002). Cancro do pulmão – O doente terminal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, VIII (4), 351-372.
- Paula, M. (2003). Critical outcomes in pulmonary rehabilitation: Assessment and evaluation of dyspnea and fatigue. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. Vol. 40:5 (Set/Out), 13-24.
- Qiao, Y., Qiu, X., & Zhou, Q. (2012). Pulmonary Rehabilitation in the Management of Patients with Lung Cancer. *Chinese Journal Of Lung Cancer*, 15(9), 744-748.
- Rudkin, S. (2005). Reabilitação respiratória In Esmond, G. *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociencia.
- Saint-Exupéry, A. (2001). *O Príncipezinho*. Editorial Presença. Lisboa
- Santos, G. (2009). *Satisfação e Qualidade: A visão dos utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Scoggin, C. (1992) Pulmonary Neoplasms. In Wyngaarden, J; Smith, L; Bennett, J. *Textbook of medicine*. Cecil, 19th ed. P. 432-443.
- Serrano, M.; Costa, A.; Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Serie, nº 3 Março, 15-23
- Shannon, V. (2010). Role of pulmonary rehabilitation in the management of patients with lung cancer. *Current Opinion In Pulmonary Medicine*, 16(4), 334-339.

- Sharma, B.; Singh, V. (2011). Pulmonary rehabilitation: An overview. Lung India, 28(4), 276-282. Recuperado em 22 Fevereiro, 2012, de <http://www.lungindia.com/article.asp?issn=0970-2113;year=2011;volume=28;issue=4;spage=276;epage=284;aulast=Sharma>
- Simões, J.; Braz, M.; Gouveia, P.; Bispo, R.; Lorena, M. (2008). *Uma casa para a vida: aplicação do design inclusivo à habitação*. Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Sotto-Mayor, R. (2010). *Cancro do pulmão – Parte 2. Clínica e imagiologia* in Luís, A.; Sotto-Mayor, R.. Atlas de Pneumologia. Volume 2. Permanyer Portugal. 1179-1230.
- Taylor, S. G. (2004). *Dorothea E. Orem - Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem*. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed., 211-235). Loures: Lusociência.
- Temel, J.; Greer, J.; Goldber, S.; Vogel, P.; Sullivan, M.; Pirl, W.; Lynch, T.; Cristiani, D.; Smith, M. (2009). A structured exercise program for patients with advanced non-small cell lung cancer. *J. Thorac Oncol*, 4 (5), 595-601.
- Testas e Testas (2008). *Reabilitação*. In Marcelino, P. – Manual de ventilação mecânica no adulto. Loure: Lusociência.
- Velloso, M., Jardim, J. (2006). Funcionalidade do paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, nº32 (6), 580-586.
- Veloso, N.; Silva, C.; Mira, A. (2009). *O papel do enfermeiro especialista na reabilitação*. Revista Portuguesa de Enfermagem. 17, 15-19.
- World Health Organization [WHO] (2012). Cancer. Acedido a 4 de Maio de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- World Health Organization [WHO] (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva.

Anexos

**Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com
Neoplasia do Pulmão**

Anexo I – Folha de registo

Apêndices

Apêndice IV – Objetivos e atividades elaboradas para o Projeto de
Formação

**Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com
Neoplasia do Pulmão**

Apêndice VII – 1º Plano de cuidados do doente com Neoplasia do
Pulmão

**Enfermagem de Reabilitação Respiratória e a promoção do autocuidado á pessoa com
Neoplasia do Pulmão**

Apêndice VIII – 2º Plano de cuidados do doente com Neoplasia do
Pulmão

