

CONTROLO DA DISPNEIA NA PESSOA COM CANCRO DO PULMÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Ana Fonseca

Professora Coordenadora,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
afonseca@uevora.pt

Bruno Alves

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
bruno-alves5@hotmail.com

Joana Tobias

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
joanatotias@botmail.com

Marta Baltazar

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
pipabaltazar90@gmail.com

Marta Melgão

Aluna da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
marta.melgao7@gmail.com

Miguel Fernandes

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
miguelduartefernandes@gmail.com

Paulo Dias

Aluno da Licenciatura em Enfermagem,
Universidade de Évora, Escola Superior
de Enfermagem São João de Deus
paulodias10ct1@gmail.com

RESUMO: Na atualidade, o cancro do pulmão apresenta uma elevada incidência na população, correspondendo-lhe igualmente uma grande taxa de mortalidade. Associado a esta patologia, um dos principais sintomas é a dispneia, caracterizada como desconforto respiratório que limita a realização das atividades diárias podendo culminar em isolamento social. A presente revisão integrativa tem como objetivos identificar as estratégias utilizadas para o controlo da dispneia e clarificar as intervenções do enfermeiro no controlo da mesma, no doente com cancro do pulmão. De forma a atingi-los, efetuaram-se pesquisas em bases de dados científicas, das quais, como base nos critérios de inclusão/exclusão definidos, resultaram nove artigos. Segundo informação científica analisada, inferiu-se que as estratégias mais utilizadas são os métodos farmacológicos e não farmacológicos, sendo a intervenção do enfermeiro fundamental na avaliação e controlo da dispneia, conjugando diferentes estratégias que melhorem a qualidade de vida do indivíduo. Desta revisão, evidencia-se a necessidade da realização de estudos que clarifiquem as controvérsias acerca dos métodos farmacológicos e aprofundem o conhecimento acerca das estratégias não farmacológicas e seus benefícios.

PALAVRAS-CHAVE: Dispneia; Neoplasias Pulmonares; Enfermagem.

ABSTRACT: *Today, lung cancer has high incidence rates in the population, with a proportionally very high mortality rate. One of its most significant symptoms is dyspnea, which can be described as a respiratory discomfort that limits the daily life habits of a person and, eventually, lead to social isolation. This integrative literature review aims to identify the main strategies used for dyspnea control and management, as well as to clarify the nursing interventions with people who suffer from lung cancer. In order to do this, it has been made research in scientific databases, which, after applying previously established inclusion/exclusion criteria, resulted in nine articles. According to the collected evidence, we have implied that the most used strategies for dyspnea control consist in both pharmacological and non-pharmacological interventions, with the nursing professionals having an important role in assessing and managing dyspnea, in order to improve the patient's quality of life. From this integrative literature review, we can state that there is a lack of evidence that clarifies the controversies surrounding the use of pharmacological methods and it is also important to get deeper knowledge about the benefits of the use of non-pharmacological methods, for dyspnea control.*

KEYWORDS: *Dyspnea; Lung Neoplasms; Nursing.*

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o cancro é a principal causa de mortalidade e morbidade, constituindo o cancro do pulmão um dos cinco mais diagnosticados em todo o mundo, no ano de 2012. O principal fator de risco para o cancro é o uso do tabaco, sendo responsável por cerca de 70% das mortes causadas pelo cancro do pulmão (Organização Mundial de Saúde, 2015). Em Portugal, este tipo de cancro representa o quarto com maior incidência na população e é aquele que ostenta a maior taxa de mortalidade (Organização Mundial de Saúde, 2012).

É frequente que, associado a esta patologia, sejam comumente vivenciados sintomas respiratórios (Cairns, 2012). De entre estes sintomas, é possível enumerar como mais frequentes a dispneia e a tosse, seguindo-se a hemoptise, sibilos e disфонia (Yorke, Brettle, & Molassiotis, 2012). Os sintomas mencionados podem provocar angústia, ter um impacto negativo na capacidade funcional do indivíduo e consequentemente na sua qualidade de vida (Yorke et al., 2012).

A vivência dos sintomas por parte das pessoas com cancro do pulmão varia significativamente, dependendo não apenas da própria doença, nomeadamente a histologia, comportamento biológico e localização anatómica da neoplasia, mas também da sua progressão e tratamentos (Wallace, 2012; Yorke et al., 2012). No entanto, os doentes com cancro do pulmão relatam mais sintomas angustiantes do que outros tipos de cancro (Wallace, 2012). Apesar de a dispneia ser um sintoma comum entre diferentes populações de doentes, a sua maior prevalência incide sobre aqueles que possuem cancro do pulmão primário ou metástases neste órgão (Bonk, 2012). Particularmente, este sintoma atinge até 90% dos doentes nestas condições, podendo prolongar-se até ao fim da sua vida (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012; Wallace, 2012).

A dispneia é definida como uma experiência complexa e subjetiva que provoca uma sensação desconfortável, associada à “falta de ar”, sendo considerada um sintoma gerador de angústia entre os doentes (Yorke et al., 2012). Por outro lado, a dispneia pode também ser originada pela angústia ou ansiedade, o que demonstra a forte ligação existente entre o estado emocional de uma pessoa e a sua respiração (Bonk, 2012). Segundo Buera Schmitz, Pither, Neumann, & Hanson (2000), a abrangência do cancro no pulmão e a saturação de oxigénio não tem uma relação direta com o

nível de dispneia vivenciada, o que fomenta o seu carácter subjetivo (Bonk, 2012).

Independentemente do estadió da doença, a dispneia tende a ser diretamente proporcional à diminuição da qualidade de vida, podendo associar-se ao isolamento do indivíduo. Este acontecimento resulta, por vezes, na diminuição da atividade diária por parte dos doentes que experienciam dispneia como forma de aliviar a mesma, devido ao seu desconhecimento perante a possibilidade de a controlar, o que culmina na diminuição da sua força e da massa muscular (Adamsen et al., 2012; Bonk, 2012; Yorke et al., 2012). Para além da influência nas atividades de vida diárias, a dispneia afeta a dinâmica social do indivíduo, conduzindo à perda de independência e papel sociais, e consequentemente a possíveis sentimentos de angústia, raiva e depressão. Aquando da dificuldade em respirar e consequente pânico, o doente pode ainda experimentar o medo da morte iminente e perda de esperança (Cairns, 2012).

Ainda que em algumas situações a dispneia não possa ser tratada, particularmente aquando de cancro em final de vida, de modo geral, este sintoma é suscetível de ser controlado através de uma avaliação adequada e da combinação entre intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Bonk, 2012; Yorke et al., 2012). Os cuidados de enfermagem neste contexto foram referidos pelos doentes que vivenciam a dispneia como uma das maiores necessidades sentidas (Malik, Gysels, & Higginson, 2013).

Deste modo, perante a importância do controlo da dispneia na qualidade de vida dos doentes com cancro do pulmão, surge a questão que orienta a pesquisa: “Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dispneia na pessoa com neoplasia do pulmão?”. Com o intuito de dar resposta à questão que orienta a presente revisão integrativa, objetivou-se com este estudo identificar, com base na evidência científica, estratégias utilizadas para o controlo da dispneia e clarificar a intervenção do enfermeiro no controlo da mesma, na pessoa com cancro do pulmão.

Metodologia

De acordo com Mendes, Silveira, & Galvão (2008) e Souza et al. (2010), a concretização de uma revisão integrativa passa por várias etapas. A primeira é a elaboração de objetivos específicos e formulação da pergunta orientadora a que se pretende responder ao longo do estudo. De seguida, é realizada uma pesquisa e colheita de publicações

de interesse acerca da temática, sendo estas expostas a critérios de inclusão e exclusão definidos que reduzirão o seu número. Numa terceira fase, são identificadas informações pertinentes em cada uma das publicações anteriormente selecionadas para análise crítica. Após esta fase, é elaborada uma discussão dos resultados, baseada na interpretação e síntese dos mesmos, na qual se comparam os dados encontrados tendo como referência a teoria. É nesta fase que se identificam lacunas e parâmetros a explorar em estudos futuros. Por último, é apresentada a revisão integrativa, que deve ser clara e íntegra, a fim de possibilitar uma avaliação crítica dos resultados.

Deste modo, inicialmente foi definida a temática a explorar, bem como os objetivos específicos a atingir e a pergunta orientadora que irá definir a nossa pesquisa. Uma vez selecionado o tema, foram destacadas as palavras-chave consideradas importantes para a elaboração da presente revisão integrativa, com base na temática selecionada e correspondentes aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Estabelecidos todos estes pontos, adoptaram-se estratégias de pesquisa, de forma a orientar a mesma, segundo as ambições pretendidas, sendo posteriormente definidos quais os critérios de inclusão e exclusão a serem utilizados, de forma a poderem ser selecionados os artigos mais pertinentes.

Como estratégias de pesquisa optou-se por definir as seguintes: selecção de artigos que se encontrassem em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; artigos que abordassem a temática de neoplasias do pulmão, bem como a artigos que referenciassem concretamente a temática da dispneia e ainda restrição da pesquisa a artigos publicados entre Setembro de 2010 e 14 de Setembro de 2015.

Foram utilizados também os seguintes critérios de inclusão e exclusão por forma a podermos objetivar a presente revisão integrativa: inclusão de artigos que abordassem a intervenção do enfermeiro para o controlo da dispneia; inclusão de artigos em que apenas abordassem a idade adulta; exclusão de artigos que não apresentassem texto completo ou acessibilidade gratuita; artigos que se encontravam duplicados nas bases de dados, bem como a exclusão de artigos que apresentassem apenas resumos na sua composição.

A pesquisa bibliográfica realizada decorreu durante em Setembro de 2015, tendo para o devido efeito sido consultadas as bases de dados Academic Search Complete,

CINAHL Plus, MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e MedicLatina, todas elas disponíveis na plataforma de pesquisa EBSCOhost. Aquando das pesquisas optámos por conjugar os seguintes descritores em língua inglesa: “Dispneia”, “Neoplasias Pulmonares” e “Enfermagem” (ou seja, “Dyspnea”, “Lung Neoplasms” e “Nursing”).

Da pesquisa efetuada, resultaram 34 artigos (15 artigos na base de dados Academic Search Complete, 7 artigos na base de dados CINAHL Plus e 12 artigos na base de dados MEDLINE), dos quais, após eliminação dos duplicados, resultaram 23 artigos, aos quais foram aplicados os critérios atrás referidos. Deste modo, de uma primeira análise, após a aplicação de todos os critérios de inclusão e exclusão, resultaram 9 artigos que se enquadram dentro dos termos de pesquisa definidos anteriormente e que serão utilizados ao longo da revisão integrativa, os quais se encontram discriminados na Tabela 1.

Resultados e discussão

Os indivíduos com cancro do pulmão apresentam, frequentemente, diversas comorbilidades e revelam ser aqueles que experienciam maiores níveis de angústia, quando comparados com indivíduos com outros tipos de cancro (Brown, Cooley, Chernecky, & Sarna, 2011; Wallace, 2012). Além disso, a evidência científica demonstra que os doentes com cancro do pulmão são aqueles que experienciam maior intensidade de sintomas e maior diminuição da aptidão física e emocional e da qualidade de vida, analogamente aos resultados verificados para outros tipos de cancro (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012).

O cancro do pulmão pode manifestar-se por uma grande variedade de sintomas, inclusive respiratórios, que podem ocorrer concomitantemente (Wallace, 2012; Yorke, Brettle, & Molassiotis, 2012). Dos sintomas respiratórios, a dispneia é o mais recorrente nos doentes com cancro do pulmão (Yorke et al., 2012).

Fisiologicamente, a dispneia pode surgir quando existe uma discrepância entre a quantidade de ar que o organismo necessita para cumprir as suas funções metabólicas e a capacidade do corpo para satisfazer essa mesma necessidade, a qual tende a ser reduzida em consequência do cancro do pulmão (Bonk, 2012).

Atualmente, a dispneia tem vindo a ser abordada em termos dos seus efeitos físicos, emocionais, psicológicos e

	Título dos Artigos	Autores dos Artigos	Ano de Publicação	Tipo de Estudo	População em estudo
Base de Dados CINAHL plus	Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer	Alison Bonk	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão; Enfermeiros
	Managing breathlessness in patients with lung cancer	Lindsay Cairns	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
	Palliation of Lung Cancer Symptoms	Elaine Wallace	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
Base de Dados MEDLINE	Nonpharmacological interventions for managing respiratory symptoms in lung cancer	Janelle Yorke; Alison Brettle; Alex Molassiotis	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão
	Is dyspnea management evidence-based?	Lisa Aiello-Laws	2013	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão; Enfermeiros
	Living with breathlessness: A survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure	Farida Malik; Marjolein Gysels; Irene Higginson	2013	Quantitativo (descritivo)	Doentes com cancro do pulmão; Prestador de cuidados
	Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: A qualitative study	Helen Wood; Sonia Connors; Sian Dogan; Tim Peel	2012	Quantitativo (descritivo)	Doentes com cancro do pulmão;
	A Symptom Cluster and Sentinel Symptom Experienced by Women With Lung Cancer	Jean Brown; Mary Cooley; Cynthia Chernecky	2011	Quantitativo (descritivo)	Mulheres com cancro do pulmão
	Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study	L. Adamsen; M. Stage; J. Laursen; M. Rorth; M. Quist	2012	Qualitativo	Doentes com cancro do pulmão

Tabela 1 – Artigos utilizados na revisão integrativa

funcionais (Cairns, 2012). No entanto, verifica-se que este é um sintoma multidimensional de difícil controlo, dado que a sua vivência reveste-se de diferentes significados e intensidades para cada pessoa e é causado por um conjunto de fatores, geralmente irreversíveis (Bonk, 2012; Cairns, 2012; Yorke et al., 2012).

Ainda que a dispneia tenha geralmente início de forma episódica, esta pode tornar-se constante em consequência da progressão da doença (Cairns, 2012).

Dos artigos selecionados e analisados, é possível constatar que cinco deles abordam os métodos farmacológicos, dois dos quais os descrevem de forma aprofundada, sendo que os restantes os enumeram sem grande detalhe. Em relação aos métodos não farmacológicos, estes foram abordados em oito dos artigos e, quanto à intervenção do enfermeiro, foi encontrada evidência em cinco destes. Desta forma, foram delineadas duas categorias estruturantes da presente discussão, nomeadamente as estratégias para o

controlo da dispneia na pessoa cancro do pulmão e a intervenção do enfermeiro no controlo deste sintoma.

Inerente às estratégias para o controlo da dispneia, é essencial considerar que a dispneia crónica pode ter origem em aspetos psicológicos, sendo o doente a única pessoa que consegue avaliar precisamente a severidade deste sintoma (Cairns, 2012). Uma vez que a dispneia pode ser influenciada pela ansiedade e simultaneamente impulsionar a mesma, é evidente que a remoção de certos estímulos ambientais pode diminuir ambos os sintomas (Bonk, 2012). No que se refere ao tabagismo, associado ao aumento da dispneia, a sua cessação pode ser benéfica para o seu controlo pelo doente (Bonk, 2012).

A gestão da dispneia tende a ser associada ao controlo do próprio cancro do pulmão através de tratamentos convencionais, tais como a quimioterapia, radioterapia e drenagem pleural (Cairns, 2012). Quando a etiologia da dispneia se encontra relacionada com derrames pleurais ou edemas

pulmonares, a execução da toracocentese e pleurodese podem minorar este sintoma (Bonk, 2012). Por outro lado, quando o alívio da dispneia não é conseguido através dos tratamentos convencionais referidos, são frequentemente utilizados outros métodos, fundamentalmente farmacológicos (Cairns, 2012).

O tratamento da dispneia deve ocorrer por etapas, sendo que se inicia preferencialmente intervindo na etiologia do sintoma, caso seja possível de identificar (Wallace, 2012). Porém, se a etiologia da dispneia não for conhecida, deve proceder-se à adoção de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Aiello-Laws, 2013; Bonk, 2012; Cairns, 2012; Wallace, 2012; Yorke et al., 2012). Dos métodos farmacológicos, a evidência demonstra que se recorre à utilização de opióides, ansiolíticos, nebulizadores e broncodilatadores e oxigenoterapia (Aiello-Laws, 2013; Bonk, 2012; Cairns, 2012; Yorke et al., 2012).

Os opióides atuam diminuindo o esforço respiratório e o consumo de oxigénio, pelo que o seu uso é mais benéfico em doentes com dispneia em repouso (Cairns, 2012). Relativamente a este método farmacológico, existe evidência científica que referencia o seu uso como frequentemente ineficaz (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Ainda assim, existe evidência que menciona resultados consistentes e positivos quanto à utilização de opióides, revelando-se eficaz no controlo da dispneia (Bonk, 2012), o que demonstra alguma controvérsia. De todo modo, não existe evidência que permita afirmar que todos os opióides possuem a mesma eficiência na diminuição da dispneia (Wallace, 2012).

Considerando a relação entre a ansiedade e a dispneia, é possível constatar que a diminuição da ansiedade através do uso de ansiolíticos contribui para o desenvolvimento de estratégias de coping pelos doentes (Cairns, 2012). As benzodiazepinas, por exemplo, podem ser úteis em doentes cuja dispneia é substancialmente agravada pela ansiedade (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Todavia, para determinados doentes, as intervenções não farmacológicas podem ser mais eficazes no controlo da ansiedade, devido ao menor tempo que necessitam para surtir efeito, face aos ansiolíticos (Cairns, 2012).

Quanto aos nebulizadores, estes apresentam alguns benefícios na redução da sensação de dispneia (Cairns, 2012). O mesmo autor refere que os broncodilatadores,

como o salbutamol, podem diminuir a dispneia originada pela broncoconstrição. Por outro lado, a furosemida inalatória parece apresentar um efeito preventivo no broncoespasmo, sendo sugerido por alguns autores que pode surtir efeitos positivos na dispneia causada por cancro (Cairns, 2012). Contudo, existem outros estudos que não comprovam estes benefícios em doentes com cancro, pelo que existe alguma controvérsia quanto ao uso da furosemida para redução da dispneia, o que determina necessária evidência adicional que suporte a sua utilização neste contexto (Cairns, 2012).

A resposta de diferentes indivíduos à oxigenoterapia é diversa, uma vez que esta terapia é eficaz somente quando a dispneia se encontra relacionada com a ocorrência de hipoxia, o que nem sempre sucede (Bonk, 2012; Cairns, 2012). Além disto, é recomendado que apenas se recorra ao uso de máscara de venturi em situações agudas, visto que esta pode despoletar a sensação de claustrofobia e exacerbar a dispneia (Bonk, 2012).

A utilização dos métodos farmacológicos apresentados acima para o controlo da dispneia tem sido alvo de diversos debates, concluindo-se que alguns deles, como é o caso das benzodiazepinas e oxigenoterapia, são frequentemente ineficientes no controlo da dispneia (Cairns, 2012).

As intervenções não farmacológicas envolvem abordar não só sinais e sintomas físicos, mas também as dimensões social, psicológica e espirituais inerentes à dispneia (Cairns, 2012).

De entre as intervenções não farmacológicas destacam-se os exercícios respiratórios, posicionamentos e terapias complementares (Cairns, 2012; Wood, Connors, Dogan, & Peel, 2012). O conhecimento das estratégias não farmacológicas permite aos doentes com diagnóstico recente de cancro do pulmão controlar os sintomas, caso estes surjam, complementando as intervenções técnicas (Bonk, 2012). Dado o facto dos cuidadores informais dos doentes estarem frequentemente envolvidos no quotidiano dos mesmos, também eles devem ter conhecimento destas técnicas (Malik, Gysels, & Higginson, 2013).

Perante as dificuldades com as quais as pessoas com dispneia se confrontam, aquando do aconselhamento e informação acerca das intervenções não farmacológicas que podem adotar, devem ser considerados os seus desejos e condições, quando se pretende prepará-los e motivá-los para mudar alguns hábitos (Wood et al., 2012).

É essencial ter em conta que, por vezes, as pessoas podem não conseguir envolver-se no auto-controlo dos sintomas causados pela progressão da doença, por não sentirem determinação ou concentração suficientes. Nestes casos, as estratégias farmacológicas podem ser mais eficazes no aumento imediato do conforto que necessitam. No entanto, é fundamental que os indivíduos percecionem o seu papel ativo no controlo da dispneia (Wood et al., 2012).

A implementação dos exercícios respiratórios é defendida pelo facto de serem fáceis de concretizar e desempenharem um papel positivo nos sentimentos do doente sobre a dispneia (Cairns, 2012). A respiração diafragmática, que melhora efetivamente as trocas gasosas pulmonares quanto maior for a movimentação do abdómen, e a respiração com os lábios “franzidos”, que promove a completa saída do ar dos pulmões aquando da expiração, fazem parte dos exercícios promotores da funcionalidade respiratória e de sentimentos de relaxamento dos doentes (Cairns, 2012). Para que os doentes assumam a importância das técnicas de respiração, é necessário que as suas vantagens sejam explicadas, realçando a importância de uma expansão torácica eficiente para elevar os níveis de oxigénio, num episódio de dispneia (Bonk, 2012).

Relativamente aos posicionamentos, estes incluem o decúbito lateral, a posição sentada com os braços apoiados em almofadas e a inclinação do corpo para a frente, com os braços apoiados numa janela ou parede (Cairns, 2012). De acordo com o mesmo autor, estes métodos permitem que o diafragma não seja pressionado pelo conteúdo abdominal, possibilitando que o primeiro se mova livremente, aumentando a capacidade pulmonar. Os posicionamentos permitem ainda sustentar os músculos acessórios, diminuindo a fadiga dos mesmos (Cairns, 2012).

A quantidade de energia utilizada nas diferentes atividades diárias pode ser reduzida através do planeamento das mesmas, no qual os enfermeiros podem participar aconselhando os doentes. Para além do planeamento, a energia também pode ser economizada através do posicionamento de várias cadeiras pela casa, permitindo que a pessoa repouse no intervalo das diversas atividades e possibilitando que se sente ao preparar alimentos, vestir-se ou lavar-se. Particularmente, a higiene pessoal deve ser feita quando o doente se sentir com mais energia para a fazer, não se devendo impor uma rotina própria para essa atividade. No contexto hospitalar, é difícil operacionalizar a

adopção de dinâmicas que permitam o banho em horário livre, sendo função do enfermeiro flexibilizar os serviços nesse sentido (Cairns, 2012).

De acordo com os estudos em análise, para controlar os sintomas provocados pelo cancro e aumentar a qualidade de vida, os doentes usufruem cada vez mais de terapias complementares. Por exemplo, a massagem é uma delas, não apresentando efeitos adversos, exceto quando direcionada para o local exato do tumor. Esta terapia, tal como a aromaterapia, resultam na redução da ansiedade e da angústia inerentes à doença. A acupuntura é também comumente usada para o controlo dos sintomas, proporcionando benefícios referentes à ansiedade e dispneia (Cairns, 2012). Porém, segundo Yorke et al. (2012), a acupuntura apenas mostra efeitos de curta duração. Assim, segundo a maioria dos pesquisadores, a relação entre as terapias complementares e o controlo dos sintomas requer novos estudos (Cairns, 2012).

Os programas de relaxamento e de exercícios físicos, principalmente quando praticados num grupo de pessoas em situações idênticas, ou seja, com cancro do pulmão, promovem a capacidade física dos indivíduos, a força muscular e o seu bem-estar emocional e social e aumentam a capacidade de gestão da doença pelos mesmos. Ainda que seja sentido um certo nível de fadiga derivado da doença, os doentes que participam nestes programas referem prosseguir as atividades diárias mais equilibradas física e emocionalmente (Adamsen et al., 2012).

O arrefecimento facial com ventiladores também pode reduzir a ansiedade aquando de um episódio de dispneia e é fácil de desenvolver no domicílio, visto que algumas unidades hospitalares não permitem estes equipamentos devido ao maior risco de infeções cruzadas (Cairns, 2012).

No que concerne à intervenção do enfermeiro, este tem a responsabilidade de melhorar o controlo da dispneia junto das pessoas com neoplasias do pulmão (Cairns, 2012). No entanto, o tratamento e o controlo deste sintoma respiratório mostram-se complexos, uma vez que ainda não existe um conhecimento aprofundado das causas que lhe estão subjacentes (Bonk, 2012). Para garantir que são adotadas as melhores estratégias no que diz respeito ao controlo da dispneia, é necessário que o profissional de saúde faça uma avaliação correta do impacto da mesma junto da pessoa (Bonk, 2012). Ademais, Bonk (2012) menciona que a avaliação da dispneia deve ser complementada pela apreciação

dos sinais vitais dos doentes com cancro do pulmão (Bonk, 2012). É importante referir que estas avaliações devem ser regulares e efectuadas por uma equipa multidisciplinar a cada indivíduo (Wallace, 2012).

O conhecimento dos profissionais de saúde acerca da dispneia pode influenciar a forma como é feito o controlo deste sintoma. O défice de conhecimentos sobre o controlo da dispneia pode originar situações de falta de confiança para lidar com esta realidade no contexto clínico (Bonk, 2012). O controlo efetivo da dispneia requer, portanto, que os profissionais de saúde tenham um conhecimento aprofundado sobre a dispneia e sobre as opções terapêuticas disponíveis (Cairns, 2012).

O uso de escalas de avaliação da dispneia é importante no sentido de delinear as intervenções a serem executadas junto da pessoa, uma vez que permitem verificar como ela lida com a dispneia e como é que esta evolui ao longo do tempo. Todavia, a experiência de cada doente faz com que os resultados obtidos estejam dependentes da informação providenciada por cada um (Cairns, 2012).

Embora seja indubitavelmente importante que os enfermeiros tenham um conhecimento vasto sobre o controlo da dispneia, é igualmente importante que seja estabelecida uma relação terapêutica sólida entre o enfermeiro e o doente. Esta relação pode ser estabelecida numa base em que o enfermeiro encoraja o doente a expor a sua história de doença e o impacto da dispneia na sua qualidade de vida e assim, em conjunto, o profissional de saúde pode ajudar o doente a enfrentar os seus receios e a diminuir a ansiedade relativa aos episódios de dispneia (Cairns, 2012).

O enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra mais habilitado para usar uma combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o controlo da dispneia, com enfoque na melhoria da qualidade da vida do doente. Uma abordagem holística centrada no doente é positiva, na medida em que, além do controlo da dispneia, gera benefícios a nível da qualidade de vida geral do doente (Cairns, 2012). Para além disso, o enfermeiro deve ainda ter em consideração que a dispneia surge frequentemente associada a outros sintomas, como ansiedade ou dor, que requerem uma vigilância constante e o seguimento por outros profissionais da área da oncologia, de modo a alcançar a melhor qualidade de vida possível (Brown et al., 2011).

A educação para a saúde é outra vertente da responsabilidade do enfermeiro usada neste contexto. Este pode

explicar ao utente que a taquipneia (resultante de episódios de dispneia) diminui a oxigenação e a expansão pulmonar, pelo que as técnicas respiratórias podem trazer benefícios para melhorar este aspeto. Ainda, o ensino acerca da cessação tabágica é também relevante, uma vez que o consumo de tabaco se encontra associado a maiores níveis de dispneia (Bonk, 2012).

Os cuidadores informais também têm um papel preponderante e, neste sentido, o enfermeiro pode também intervir junto destes, avaliando as suas necessidades psicossociais e encaminhando-os para espaços em que seja possível obter uma ajuda mais aprofundada. Esta intervenção é fundamental, na medida em que permite reduzir a sobrecarga dos cuidadores informais e, conseqüentemente, melhorar a perceção que estes têm sobre a prestação de cuidados ao doente com dispneia (Malik et al., 2013).

Conclusão

Os doentes com cancro do pulmão são os que apresentam maior sintomatologia e por consequência uma diminuição, mais acentuada, da qualidade de vida associada a um decréscimo das suas capacidades físicas e emocionais (Adamsen, Stage, Laursen, Rorth, & Quist, 2012). Verifica-se que do conjunto de sintomas apresentado pelos doentes com cancro do pulmão, a dispneia é um dos mais recorrentes, que aparece inicialmente de forma esporádica e com o avançar do estadio da doença torna-se uma constante na vida dos doentes (Cairns, 2012; Yorke, Brettle, & Molasiotis, 2012).

A presente revisão integrativa permitiu a identificação de um conjunto de estratégias para o controlo da dispneia, de carácter farmacológico e não farmacológico, sendo que, atualmente, as não farmacológicas são frequentemente utilizadas pelos próprios doentes para o controlo de sintomas e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida (Cairns, 2012; Wallace, 2012).

Realça-se que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de melhorar o controlo da dispneia nos doentes com cancro do pulmão, através de um conhecimento aprofundado acerca do sintoma e das estratégias de controlo (Bonk, 2012; Cairns, 2012).

De entre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um dos que possui competências para atuar no controlo deste sintoma, sendo fundamental enfatizar a importância dos cuidadores informais junto destes doentes. Desta forma, o

enfermeiro deve avaliar as necessidades psicossociais dos cuidadores, de forma a reduzir a sobrecarga a que estão expostos, assim como a melhorar a prestação de cuidados aos doentes com dispneia (Malik, Gysels, & Higginson, 2013). Não obstante a dispneia ser um dos sintomas mais recorrentes nos doentes com cancro do pulmão, o enfermeiro deve ter em conta que este sintoma aparece associado a outros, razão pela qual é necessária uma vigilância constante e o seguimento por outros profissionais da equipa multidisciplinar, a fim de melhorar a qualidade de vida destes doentes (Brown, Cooley, Chernecky, & Sarna, 2011). Ainda que as estratégias não farmacológicas sejam evidenciadas cientificamente, tal como nos artigos pesquisados no contexto deste estudo, é necessário que sejam desenvolvidos mais estudos nesta área, de forma a aprofundar o conhecimento sobre estas estratégias e quais as vantagens da sua utilização em doentes com cancro do pulmão. Por fim, é ainda necessário desenvolver pesquisas, a fim de clarificar as controvérsias existentes em torno da utilização de estratégias farmacológicas.

Referências bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. (2015). Cancer. Acedido em Setembro 22, 2015, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Organização Mundial de Saúde. (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Acedido em Setembro 22, 2015, em http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
3. Cairns, L. (2012). Managing breathlessness in patients with lung cancer. *Nursing Standard*, 27, 44-49.
4. Yorke, J., Brettell, A., & Molassiotis, A. (2012). Nonpharmacological interventions for managing respiratory symptoms in lung cancer. *Chronic Respiratory Disease*, 9, 117-129.
5. Wallace, E. (2012). Palliation of lung cancer symptoms. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 20, 43-44.
6. Bonk, A. (2012). Management of Dyspnea in a Patient with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, 257-260.
7. Adamsen, L., Stage, M., Laursen, J., Rorth, M., & Quist, M. (2012). Exercise and relaxation intervention for patients with advanced lung cancer: a qualitative feasibility study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22, 804-815.
8. Malik, F., Gysels, M., & Higginson, I. (2013). Living with breathlessness: a survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure. *Palliative Medicine*, 27, 647-656.
9. Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17, 758-764.
10. Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1 Pt 1), 102-106.
11. Brown, J., Cooley, M., Chernecky, C., & Sarna, L. (2011). A Symptom Cluster and Sentinel Symptom Experienced by Women with Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 425-435.
12. Aiello-Laws, L. (2013). Is Dyspnea Management Evidence-Based? *Oncology Nursing Forum*, 40, 533-534.
13. Wood, H., Connors, S., Dogan, S., & Peel, T. (2012). Individual experiences and impacts of a physiotherapist-led, non-pharmacological breathlessness programme for patients with intrathoracic malignancy: a qualitative study. *Palliative Medicine*, 27, 499-507.