

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA**



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Limitação das Atividades Diárias por Intolerância à Atividade Física em Doentes

Oncológicos:

A influência da Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos

Tatiana Sofia Faria da Silva (35304)

Orientador: Professor Doutor Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

Lisboa, 2022

**UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA**



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**Limitação das Atividades Diárias por Intolerância à Atividade Física em Doentes
Oncológicos:
A influência da Enfermagem de Reabilitação em Cuidados Paliativos**

Tatiana Sofia Faria da Silva (35304)

Orientador: Professor Doutor Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

Lisboa, 2022

**A impressão desta dissertação foi
aprovada pelo Conselho Científico da
Faculdade de Medicina de Lisboa em
Reunião de 20 de Dezembro de 2022**

RESUMO

As necessidades de Reabilitação dos pacientes em Cuidados Paliativos encontram-se subavaliadas.

A “intolerância à atividade física” é um diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação prevalente em contexto oncológico e em Cuidados Paliativos, encontrando-se relacionado com a *performance status* e qualidade de vida. A Reabilitação dispõe de um conjunto de técnicas que permitem a conclusão das atividades de autocuidado com gestão eficaz do cansaço – as técnicas de conservação de energia, – possibilitando reduzir as limitações das atividades de vida diária nesta população.

Este estudo teve como objetivo compreender a influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no âmbito das limitações nas atividades de vida diária por intolerância à atividade física nos pacientes com cancro em Cuidados Paliativos.

Metodologicamente, tratou-se de um estudo quantitativo de abordagem pré-experimental, sem grupo de controlo, com amostragem acidental, realizado com 30 pacientes hospitalizados. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a Edmonton Symptom Assessment Scale, Palliative Performance Scale, Critérios de Diagnóstico da Intolerância à Atividade Física, frequência cardíaca e respiratória.

Concluiu-se que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação não eliminam os efeitos da doença, no entanto, no decurso da sua trajetória, contribuem como medida não farmacológica para o controlo sintomático. Mais concretamente, percebeu-se que esta disciplina influencia a qualidade de vida; contribui para a diminuição da sensação de cansaço e melhoria da *performance status* em pacientes que se encontram em fases pré-terminais no trajeto de doença.

Palavras-chave: Atividades de vida diária; Cancro; Cuidados Paliativos; Enfermagem de Reabilitação; Intolerância à atividade física.

ABSTRACT

The rehabilitation needs of patients in Palliative Care are underestimated. "Physical activity intolerance" is a prevalent Rehabilitation Nursing diagnosis in oncological contexts and in Palliative Care and is related to performance status and quality of life. Rehabilitation has a set of techniques that allow for the completion of self-care activities with effective fatigue management - energy conservation techniques - thus reducing the limitations of activities of daily living in this population. This study aimed to understand the influence of Nursing Rehabilitation Care in the context of limitations in activities of daily living due to physical activity intolerance in cancer patients undergoing Palliative Care. Methodologically, this was a quantitative study with a pre-experimental approach, without a control group, with accidental sampling, conducted with 30 hospitalised patients. The data collection instruments used were the Edmonton Symptom Assessment Scale, Palliative Performance Scale, Diagnostic Criteria for Physical Activity Intolerance, and heart and respiratory rate. It was concluded that Nursing Rehabilitation care does not eliminate the effects of the disease; however, during its course, it contributes as a non-pharmacological measure to symptomatic control. More specifically, it was perceived that this discipline influences quality of life; it contributes to reducing the feeling of fatigue and improves the status performance in patients who are in preterminal phases of the disease trajectory.

Keywords: Activities of Daily Life; Cancer; Nursing Rehabilitation; Palliative Care; Physical Activity Intolerance.

Ao elaborar a presente Dissertação de Mestrado, e durante o desenvolvimento desta, destaco um pensamento que me acompanhou e que remete para a importância que considero ver refletida na Saúde como agente de mudança,

“Sê a Mudança que Queres Ver no Mundo”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Manifesto o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboram no fornecimento de artigos sobre os temas que foram objeto de análise, bem como nas orientações e sugestões sobre os desenvolvimentos a seguir, destacando, em particular, o **Professor Doutor Paulo Reis Pina** pela colaboração prestada.

À **Equipa de Cirurgia Geral, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Enfermeiros de Reabilitação** do Instituto Português de Oncologia e **Unidade de Medicina Paliativa** do Hospital de Santa Maria pela partilha de conhecimentos e contributo transformador no meu percurso Profissional.

À **Dr.^a Sara Ramalho** por contribuir para a melhor versão do Ser Humano.

Por último, destino uma especial referência aos meus **Pais, Avós, Marido e Amigos** agradecendo-lhes, por me terem inspirado a prosseguir os meus estudos, acreditando sempre nas minhas opções e sonhos que contribuíram para a prossecução dos meus objetivos e contínua realização profissional como Enfermeira.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1- CUIDADOS PALIATIVOS, REABILITAÇÃO E MODELO DE CUIDADOS.....	17
1.2- INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE FÍSICA	24
1.2.1 - Conceito	24
1.2.2- Etiologia.....	27
1.2.3 – Avaliação da Intolerância à Atividade Física.....	29
1.2.4- Complicações associadas à Intolerância à Atividade Física	30
1.2.5 – Controlo Sintomático: Gestão da Intolerância à Atividade Física	36
2- MATERIAL E MÉTODOS	46
2.1- DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES.....	46
2.2- TIPO DE ESTUDO.....	47
2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA:	47
2.4- VARIÁVEIS	49
2.5- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	50
2.6- PROCEDIMENTO:	51
2.7- PROCESSAMENTO DOS DADOS	51
2.8- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	52
3- RESULTADOS.....	53
3.1- TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	53
3.1.1- Caracterização da Amostra	53
3.1.2- Análise da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação.....	58
3.1.3- Comparação e Correlação entre Variáveis.....	67
3.1.4- Testar as Hipóteses	72
4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS:	76
5- LIMITAÇÕES DO ESTUDO	86
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
7- CONCLUSÃO:	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	102
ANEXO I – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE	103
ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON	105
ANEXO III – APRECIÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLCOGIA DE LISBOA.....	107

ANEXO IV – PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA.....	109
ANEXO V – APRECIÇÃO DO PARECER DE ADENDA DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA	111
ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA	114
ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO	116
ANEXO VIII – ENSINOS CLÍNICOS.....	121
ANEXO IX – FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS	133

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores que contribuem para a fadiga.....	28
Tabela 2 – Adaptado de Parecer da Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011.....	32
Tabela 3 - Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória.....	39
Tabela 4 - Distribuição de frequências: Idade.....	53
Tabela 5 - Distribuição de frequências: Agregado Familiar.....	54
Tabela 6 - Distribuição de frequências: Antecedentes Pessoais.....	54
Tabela 7 - Distribuição de frequências: Quimioterapia e Radioterapia.....	55
Tabela 8 - Distribuição de frequências: Tipo de Cancro.....	55
Tabela 9 - Distribuição de frequências: Cirurgias.....	56
Tabela 10 - Distribuição de frequências da Terapêutica Opióide regular.....	56
Tabela 11 - Dias de Internamento.....	57
Tabela 12 - Distribuição de frequências: Motivo de Internamento.....	57
Tabela 13 - Distribuição de frequências: Alta.....	58
Tabela 14 - Técnicas de Enfermagem de Reabilitação.....	59
Tabela 15 - Influência da Intolerância à Atividade Física na Qualidade de Vida.....	60
Tabela 16 - Frequência Respiratória (01) e Frequência Respiratória (02).....	60
Tabela 17 - Frequência Cardíaca (01) e Frequência Cardíaca (02).....	61
Tabela 18 - Distribuição de Frequências: ESAS Dor (01) e ESAS Dor (02).....	61
Tabela 19 - ESAS Dor (01) e ESAS Dor (02).....	62
Tabela 20 - Distribuição de Frequências: ESAS Cansaço (01) e ESAS Cansaço (02).....	62
Tabela 21 - Cansaço (01) e Cansaço (02).....	62
Tabela 22 - Distribuição de Frequências: ESAS Depressão (01) e ESAS Depressão (02).....	63
Tabela 23 - Depressão (01) e Depressão (02).....	63
Tabela 24 - Distribuição de Frequências: ESAS Ansiedade (01) e ESAS Ansiedade (02).....	63
Tabela 25 - Ansiedade (01) e Ansiedade (02).....	64
Tabela 26 - Distribuição de Frequências: ESAS Sonolência (01) e ESAS Sonolência (02).....	64
Tabela 27 - Sonolência (01) e Sonolência (02).....	64
Tabela 28 - Distribuição de Frequências: Falta de apetite (01) e Falta de apetite (02).....	65
Tabela 29 - Falta de apetite (01) e Falta de Apetite (02).....	65
Tabela 30 - Distribuição de Frequências: Falta de ar (01) e Falta de ar (02).....	65
Tabela 31 - Falta de ar (01) e Falta de ar (02).....	66
Tabela 32 - Distribuição de Frequências: ESAS Bem-estar (01) e Bem-estar (02).....	66
Tabela 33 - Bem-Estar (01) e Bem-Estar (02).....	67

Tabela 34 - Correlações entre Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca.....	67
Tabela 35 - Correlação entre Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca e Sintomas (subcategorias da ESAS).....	69
Tabela 36 - Comparação de Sintomas (subcategorias da ESAS) no seu momento inicial (01) e final (02).....	70
Tabela 37 - Correlação entre Sintomas (subcategorias da ESAS) na avaliação inicial (01).....	71
Tabela 38 - Estatística Descritiva (Hipótese A).....	72
Tabela 39 - Postos (Hipótese A).....	72
Tabela 40 - Estatísticas de Teste (Hipótese A).....	73
Tabela 41 - Estatística Descritiva (Hipótese B).....	73
Tabela 42 - Postos (Hipótese B).....	73
Tabela 43 - Estatísticas de Teste (Hipótese B).....	74
Tabela 44 - Estatística Descritiva (Hipótese C).....	74
Tabela 45 - Postos (Hipótese C).....	74
Tabela 46 - Estatística de teste (Hipótese C).....	75
Tabela 47 – Objetivos Propostos para Ensino Clínico.....	122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Habilitações Literárias.....	53
Gráfico 2 – Metastização.....	55
Gráfico 3 - Técnicas Endoscópicas.....	56
Gráfico 4 - Vias de Administração da Terapêutica <i>pro re nata</i>	57
Gráfico 5 - População residente por grupo etário, 2001 - 2021 (%).....	76
Gráfico 6 - Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal, 2018.....	77
Gráfico 7 - Agregados domésticos privados por dimensão, 2011 -2021, (%).....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Trajetória de Doença (Cancro) com representação do Sofrimento e Nível de Dependência.....	19
Figura 2 – Representação gráfica do Modelo Cooperativo de Cuidados Paliativos.....	21

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVD – Atividades de Vida Diária
Bpm – batimentos por minuto
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CP – Cuidados Paliativos
Cpm – Ciclos por minuto
EC – Ensino Clínico
EEER – Enfermeiro de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ENF-REAB – Enfermagem de Reabilitação
ESAS - Edmonton Symptom Assessment Scale
FC – Frequência Cardíaca
FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FR – Frequência Respiratória
FRC – Fadiga relacionada com o cancro
HSM – Hospital de Santa Maria
IAF – Intolerância à atividade física
IPOL – Instituto Português de Oncologia de Lisboa
PPS- Palliative Performance Scale
PRN – *Pro re nata*
QDV – Qualidade de vida
RFM – Reeducação Funcional Motora
RFR – Reeducação Funcional Respiratória
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
TCE – Técnicas de conservação de energia
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
UMP – Unidade de Medicina Paliativa

INTRODUÇÃO

O relatório *Estatísticas da Saúde* referente ao ano de 2018 assinala a morte de 28 531 pessoas com cancro, posicionando esta doença no ranking da mortalidade como segunda causa de morte em Portugal.^{1,2} Objetiva-se que o cancro se configura uma das doenças mais prevalentes e incapacitantes que afeta a vida de quem a vive, associando-se à necessidade de Cuidados Paliativos (CP).³ O impacto não se esgota somente nos números apresentados sendo complementados por uma abordagem qualitativa da temática em causa. Evidencia-se a correlação entre o cancro avançado (definido como incurável) e a limitação na concretização das atividades de vida diária (AVD) com a consequente redução da qualidade de vida (QDV).⁴

Johnsen et al. (2013)⁵ conduziram um estudo com 997 pessoas com cancro avançado e descobriram que 48% dos participantes reportaram problemas relacionados com as AVD e que 29% não viram as suas necessidades atendidas em relação a este domínio. Neo et al. acrescentam que a incapacidade (com expressão no declínio da autonomia e consequente dependência de terceiros) assume destaque como indicador preditivo de mortalidade em pessoas com ≥ 65 anos com cancro.⁶ Esta população identifica frequentemente a sobrecarga de sintomas, intolerância à atividade física (IAF) e descondicionamento físico como ameaça à integridade da sua independência. As principais fontes de sofrimento na vivência de uma doença incurável e progressiva são a “perda de autonomia e dependência de terceiros; sintomas mal controlados; (...); perda de sentido de vida; perda de dignidade; perda de papéis sociais e estatuto; (...); alterações nas relações interpessoais; modificação de expectativas e planos futuros; abandono”.^{7(p.7)} “Perda” é um descritivo predominante e que se encontra associada ao sofrimento.

A Reabilitação e a Medicina Paliativa consideram o binómio paciente-família indissociável, colocando-o na centralidade da prestação de cuidados numa abordagem que não se esgota no prognóstico e diagnóstico. Esta é extensível e direcionada para as necessidades com foco à promoção da QDV. Ambas se concretizam no controlo e gestão de sintomas, recorrendo à especificidade de ferramentas científicas. Integram o apoio à família e assumem como fundamental o trabalho em equipa. Partilham a missão de afirmar a vida, embora aceitem a morte no culminar do ciclo vital do ser humano. Contribuem para a concretização de projetos pessoais, ajudando a viver o mais ativamente possível até ao fim da vida ao

potenciar as suas capacidades e autonomia. Não obstante, na prática clínica, observa-se a oferta destes cuidados a pacientes que se encontram em fases distintas na sua trajetória de saúde - doença. A Reabilitação é frequentemente subutilizada nos serviços de Oncologia e de CP, apesar dos elevados níveis de incapacidade funcional dos pacientes, porém, não é considerada imprescindível na literatura paliativa.^{8,9} Eyigor apurou que 65% dos pacientes oncológicos que participaram num estudo por si conduzido, apresentaram indicação para integrar um programa de Reabilitação (por dor, linfedema, incontinência, afeções respiratórias, músculo-esqueléticas e alterações de mobilidade), embora apenas 12,8% tenham acedido.⁹ Os participantes que integraram o programa de reabilitação demonstraram uma maior tolerância ao exercício; diminuição da fadiga e de alterações do sono e repouso; melhoria no sistema músculo-esquelético e por conseguinte da mobilidade; aumento da energia para a realização das suas AVD e aumento da sensação de bem-estar.⁹ Verificou-se, também, que em estados avançados de doença que coincidam com a redução dos scores da QDV, esta é expressamente inferior se o paciente não integrar um programa de Reabilitação.⁹

A Reabilitação surge como proposta à melhoria da qualidade dos cuidados à população com cancro para a potencialização da sua independência funcional e assim contribuir para a redução da sensação de desesperança, frustração e desespero.¹⁰ Esta disciplina é considerada um caminho empático que enaltece o indivíduo no seu próprio processo de morte.^{11,12} Hesben convida a que “mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações. Esse olhar, que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro”.^{12 (p.135)} No ajuste às necessidades do paciente e do estágio de trajetória da sua doença, as intervenções podem ser definidas em preventivas, restaurativas, de suporte e paliativas.¹³

À luz do exposto, a IAF, a *performance status* e redução de QDV encontram-se intimamente correlacionadas pela forma como se condicionam simultaneamente.

Ao analisar a problemática identificada e as intervenções da Enfermagem de Reabilitação (ENF-REAB) destaca-se um fenómeno a ser alvo de estudo, a IAF. Este último conceito encontra-se pouco explorado na literatura, isento de definição *gold standard*, sendo utilizado como referência a dispneia funcional e fadiga apesar das diferenças conceptuais entre si. O Conselho Internacional de Enfermeiros no sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), classifica a IAF como diagnóstico que consiste na “falta de capacidade ou falta de energia para tolerar ou completar actividades”.^{14(p.64)} Este

processo é influenciado pela capacidade do paciente “em perceber a condição passada e ter um repertório de recursos internos que lhe permita gerir atividades de autocuidado em função das suas prioridades e do nível de energia disponível”.^{15(p.31)}

No âmbito da ENF-REAB, as técnicas de conservação de energia (TCE) são intervenções que possibilitam a conclusão da atividade com regulação do gasto energético, preservando a funcionalidade. Têm por finalidade regular o uso de energia e otimizar a função.¹⁶

A problemática identificada é refletida na pergunta central da investigação, “*Qual o impacto dos Cuidados de ENF-REAB na diminuição da IAF do paciente em CP com cancro?*”

Existem ademais as questões secundárias:

- (1) Quais são as repercussões da IAF no nível de dependência do paciente em CP com cancro?
- (2) Os Cuidados de ENF-REAB influenciam positivamente a *performance status* do paciente em CP com cancro?
- (3) A *performance status* do paciente em CP com cancro é influenciada pela IAF?

O presente estudo tem como objetivo principal compreender o contributo dos Cuidados de ENF-REAB na diminuição da IAF no paciente em CP com cancro. Os objetivos secundários são:

- (1) Avaliar se os Cuidados de ENF-REAB têm influência na diminuição da IAF no paciente em CP com cancro;
- (2) Determinar a influência dos Cuidados de ENF-REAB na *performance status* do paciente oncológico com IAF, que se encontra em CP;
- (3) Verificar se há correlação entre as TCE e a *performance status* do paciente em CP com cancro.

Apresento a fundamentação teórica que conceptualiza o desenvolvimento do estudo tendo dedicado um primeiro capítulo à correlação conceptual entre CP e ENF-REAB. Em seguida é explorado o conceito de IAF no âmbito dos CP, extensível à abordagem dos cuidados de ENF-REAB que integram um plano de cuidados que pode contribuir para o seu controlo.

Após a fundamentação teórica apresento as hipóteses e a metodologia, os resultados obtidos, discussão, conclusão e referências bibliográficas.

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1- CUIDADOS PALIATIVOS, REABILITAÇÃO E MODELO DE CUIDADOS

Os problemas relacionados com a incapacidade no autocuidado são prevalentes na população com cancro e raramente são documentados.¹ Um estudo conduzido na Escandinávia com pacientes oncológicos em CP verificou que 40% dos seus participantes reportaram que as suas necessidades de Reabilitação não foram consideradas. A sua influência não se esgota no problema em si, perpetuando-se no desenvolvimento de perturbações psicológicas com impacto mais devastador do que o próprio diagnóstico.¹

Neste prisma, o conceito de cuidar / ser cuidado pode ser considerado mediante a perspetiva subjetiva de outros olhares, como o incentivo / estímulo das capacidades de *ser* que contribuem para o desenvolvimento da existência no reconhecimento e afirmação da vida até o seu limiar.

A Enfermagem é ciência de valorização da vida, concretizando-se como profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.¹⁷

Os enfermeiros “são profissionais de cuidados cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo cuja expressão não reside apenas no ato praticado, mas também na capacidade de ir de encontro ao outro, a fim de caminhar com ele no sentido (...) de um equilíbrio que ele tenta recuperar”.^{12(p.87)}

Na responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros reflete-se a aceitação do culminar do ciclo vital e a prestação de cuidados de Enfermagem que dignifiquem a pessoa em processo de morte, embebidos na filosofia dos CP. Esta disciplina visa melhorar a QDV das pessoas que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais.¹⁸⁻²⁰

Os princípios dos CP fundamentam a resposta às necessidades geradas pelo sofrimento associado à doença grave e/ou avançada, no paciente e família, alistando-se¹⁸⁻²³:

- Os cuidados são integrais, totais e continuados, e têm em consideração sinais e sintomas geradores de sofrimento na multidimensionalidade da pessoa.

- Afirmam a vida e acolhem a morte como um processo natural, não interferindo no seu atraso ou antecipação.

- Numa abordagem sistémica, o alvo de cuidados de saúde é o binómio indissociável, paciente e família.

- O conforto, a QDV, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas podem influenciar o curso da doença pelo que os CP devem ser integrados precoce e atempadamente no seu trajeto de evolução, articulados com outras terapias direcionadas para o aumento do tempo de vida.

- Proporcionam um sistema de suporte e de ajuda à família para que esta consiga gerir a vivência da doença do seu ente e com o seu próprio luto.

- Os cuidados devem ser ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até à morte, sempre com utilização do trabalho de equipa para abordar as necessidades do paciente e família, incluindo no processo de luto.

Estes últimos princípios não se distanciam dos princípios orientadores da Reabilitação, evidenciando, por outro lado, a sua importante conciliação na prestação de cuidados a estes pacientes.

O respeito pelos princípios na prestação de CP exige utilização eficaz dos seus instrumentos, a destacar^{18,24-26}:

- Avaliação das necessidades de modo a potenciar uma intervenção direcionada à unicidade do paciente (história de vida, valores e expectativas, antecedentes pessoais e doenças concomitantes, caracterização total da doença, incluindo o impacto e modelo de adaptação, estado familiar e dos cuidadores, possíveis crises na evolução e o prognóstico previsível).

- Plano terapêutico com identificação do tratamento não farmacológico e farmacológico (terapêutica em esquema e de resgate), suporte emocional, nível de informação sobre a doença, cuidados para a família e cuidador, educação para a saúde, atitudes a tomar perante as crises.

- Controlo sintomático que deve integrar uma avaliação rigorosa previamente ao início do tratamento, explicação do plano terapêutico com envolvimento do paciente e família, correção do que pode ser corrigido, utilização de meios não-farmacológicos e farmacológicos, prescrição profilática, aconselhamento em situações de difícil controlo, monitorização permanentemente com atenção aos pormenores.

- Informação e comunicação, como elemento crucial em todo o processo terapêutico, assente em princípios universalmente aceites.

- Respeito pelos valores e ética clínica que atendem ao respeito pelos valores do paciente, família e equipa, centrados nos objetivos traçados com o paciente e família, o que requer um trabalho de equipa com elaboração de consensos.

A subjetividade da vivência do sofrimento humano, em associação à complexidade da individualidade das necessidades envolvidas, de salientar o nível de funcionalidade e sem desconsiderar a trajetória da doença, têm sido motor de desenvolvimento de modelos de intervenção e de descrição das fases da doença terminal. De realçar que a funcionalidade do paciente é um fator importante a ser considerado no prognóstico e a forma como ocorre o declínio da capacidade funcional é diferente de acordo com a doença. Não obstante o foco na singularidade da pessoa e sua família, foram construídos modelos que representam a trajetória da doença que apoiam o exercício do raciocínio clínico.

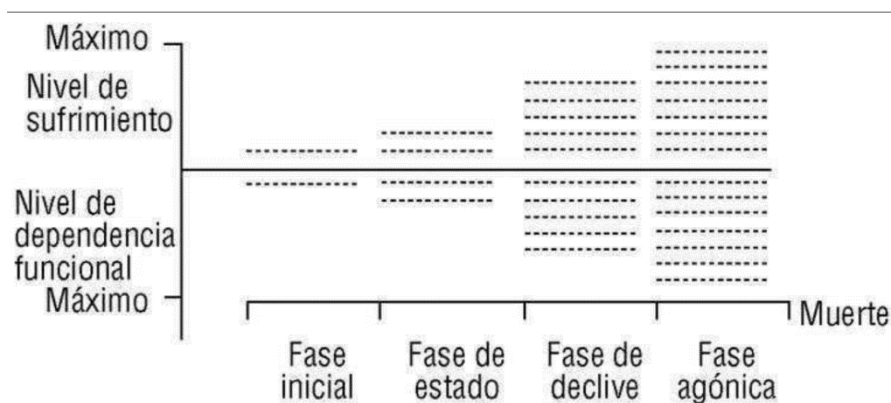


Figura 1- Trajetória de Doença (Cancro) com representação do Sofrimento e Nível de Dependência²⁷

A evolução do cancro encontra-se representada na Figura 1.²⁷ Identifica-se que o declínio da condição clínica e da capacidade funcional do paciente é progressivo, apresentando uma redução da funcionalidade impercetível por um período prolongado. Por falência do tratamento ou recidiva inicia-se um processo de declínio abrupto, num curto

período, em comparação a trajetórias de outras doenças estudadas (falências orgânicas, demências, sequelas neurológicas), culminando na morte.

No decurso da trajetória de doença são conhecidas quatro fases paliativas, caracterizadas por níveis de complexidade de necessidades e de cuidar.²⁸

A **Fase Aguda** integra os pacientes que apresentam um desenvolvimento inesperado de um problema ou em que se verifica um aumento significativo na intensidade de problema(s) já existente(s).

A **Fase de Deterioração** inclui pacientes que apresentam uma evolução negativa embora gradual dos seus problemas, excluindo-se a necessidade de alteração repentina no programa de controlo de sintomas, diferenciando-se da fase agónica.

A **Fase Agónica** é caracterizada por pacientes que vivem um processo de morte iminente e em relação aos quais não se vislumbra ou preveem intervenções agudas.

O paciente com necessidades paliativas que não se enquadre nas fases previamente descritas, considera-se que integre a **Fase de Estabilidade**.

Esta descrição não pretende segmentar o paciente ou a prestação de cuidados a si direcionada embora permita orientar os objetivos dos processos terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos, fundamentando a sua aplicabilidade e/ ou suspensão.

Paralelamente, considerando o prognóstico de tempo até ao termo da vida, a literatura identifica uma nomenclatura alternativa e respetivos objetivos inerentes à prestação de cuidados. Considerando a **Fase Agónica**, em que se prevê que a morte possa ocorrer num período compreendido por horas ou dias, os objetivos primordiais da prestação de cuidados incidem na maximização do conforto.

O mesmo se verifica em pacientes que se encontrem em **Fase Terminal** (prognóstico de dias a semanas), cuja mobilidade está seriamente comprometida embora não totalmente. Nesta é importante ajustar expectativas e reduzir o impacto da doença no paciente e grupo familiar. Por outro lado, na **Fase Pré-terminal** (expectativa de semanas a meses) os objetivos da prestação de cuidados passam por potenciar a máxima QDV possível centrada nas potencialidades ainda existentes, por controlo sintomático e adequação de suporte social na resposta às limitações da mobilidade.

Mediante a expectativa de vida entre meses e anos e mobilidade mantida, os cuidados passam pelo controlo sintomático e pela restauração da autonomia, sendo consensual a

aceitação de intervenções que podem ser entendidas como mais *agressivas*, sempre com respeito pelos princípios e filosofia dos CP.

A Organização Mundial de Saúde identificou diversos modelos de atuação em pacientes em fim de vida. À luz das características de cada um deles, surge um modelo que se aproxima de uma realidade que se pretende transformar, o Modelo Separado. O movimento dos *Hospices* deu origem a este modelo, conhecido por uma abordagem curativa que, após não ser bem-sucedida, passa para uma abordagem paliativa, “normalmente de curta duração e sem ponte entre as duas abordagens”.^{29(p.916)} Vinca-se a dicotomia entre as duas abordagens que se manifestam isoladamente na ausência de articulação com benefício tardio da intervenção paliativa. A acessibilidade e a equidade de recursos não é refletida nas necessidades da população-alvo. Contrastando e, numa perspectiva de melhoria contínua, o modelo de cuidados preconizado é o Cooperativo com intervenção nas crises alicerçando-se na colaboração e articulação entre a intervenção curativa e paliativa desde o início do processo de doença.

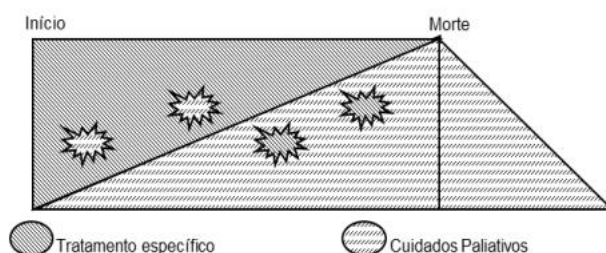


Figura 2 – Representação gráfica do Modelo Cooperativo de Cuidados Paliativos^{19,25}

Apesar de toda a evidência partilhada, as intervenções de Reabilitação são frequentemente subutilizadas nos serviços de Oncologia e de CP.⁸ De realçar que o declínio da funcionalidade se encontra na base da construção de modelos de atuação e organização de cuidados de saúde, bem como na elaboração de escalas que fundamentam princípios orientadores da intervenção em CP.

A Reabilitação coopera com a Medicina Paliativa pela partilha da filosofia do cuidar no acolhimento da vida e dos processos de doença e morte. Hesbeen reforça que “a Reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo (...) deixam de ser possíveis”.^{12(p.IX)}

Mediante a previsão de declínio da capacidade funcional, geradora de sofrimento, torna-se indissociável explorar o conceito de Reabilitação. Esta é definida pela especialidade que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite melhorar a capacidade funcional da pessoa, recuperar a sua independência nas AVD, minimizar o impacto das incapacidades instaladas e melhorar a QDV.³⁰

O prestador de cuidados de Reabilitação “tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção.”³⁰ (p. 13565)

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.³⁰

A ENF-REAB contribui para ganhos em saúde: previne, recupera e habilita de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de um processo crónico independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção.¹²

A OE reforça que os cuidados de ENF-REAB devem ser prestados à pessoa em todas as fases do ciclo vital, com o objetivo de promover ³¹:

- O seu projeto de saúde no que respeita à prevenção dos riscos de alteração de funcionalidade que determinam limitações da atividade e/ou incapacidades;
- Os processos de readaptação sempre que ocorrem afeções da funcionalidade;
- A capacidade para o autocuidado da pessoa com necessidades especiais ou deficiência.

Para além desta disciplina permitir enfrentar uma situação no presente, deve preparar para o que se sabe ou teme, que se pode projetar no futuro, reconhecendo que situações idênticas não dão origem às mesmas limitações.¹² A sua finalidade reside em assegurar à pessoa com incapacidades e à sua família, ações que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem, inscrevendo-se *“na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projeto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações.*

Esse olhar, que ultrapassa aquilo que os olhos podem ver, demonstra o interesse real pela pessoa do outro.”^{12(p.135)}

Os cuidados de ENF-REAB no âmbito da prestação de CP são um processo contínuo que deve ser iniciado nos estádios iniciais da doença e que se podem estender para o resto da vida da pessoa por assumirem um carácter preventivo. Estes cuidados visam potenciar ações que o paciente ainda é capaz de fazer e não têm como finalidade principal a cura. Deste modo torna-se difícil separar os cuidados de Reabilitação dos CP.³²

O Modelo Reabilitacional em CP define quatro categorias de intervenção com objetivos dinâmicos e reprogramáveis¹³:

- **Intervenção Preventiva:** minimizam os efeitos das incapacidades previstas e enfatiza a educação do paciente. Incluem abordagens para preservar a *performance* física, destacando a integração de orientações que potenciam a manutenção da força muscular e da flexibilidade.

- **Intervenções Restaurativas:** procedimentos que procuram promover o retorno da funcionalidade a níveis prévios ao seu declínio mediante a identificação de potencial de reabilitação. De considerar, a título de exemplo, os pacientes que são submetidos a cirurgia no seu processo de saúde - doença.

- **Intervenções de Suporte:** intervenções direcionadas para a educação do paciente na readaptação às suas incapacidades, maximizar a sua autonomia e minimizar alterações debilitantes na sua doença em progressão. Incluem a intervenção destinada ao ensino, instrução e treino de pacientes em processo de adaptação / integração de instrumentos auxiliares ao autocuidado e independência funcional. De realçar, a título de exemplo, os pacientes submetidos a amputação com indicação para utilização e adaptação de próteses.

- **Intervenções Paliativas:** no aumento progressivo da incapacidade numa doença avançada, as intervenções assentam na minimização ou eliminação de complicações e promoção do conforto. Os objetivos incluem o controlo e gestão de sintomas (controlo de dor, prevenção de úlceras por pressão, prevenção da imobilidade e das suas consequências, entre outros).

1.2- INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE FÍSICA

1.2.1 - Conceito

A IAF dos pacientes com cancro não encontra uniformidade na sua nomenclatura e conceito. Os termos habitualmente utilizados na literatura para abordar essa temática são “fadiga”, “fadiga relacionada com o cancro” (FRC), “dispneia funcional”, “astenia” e “cansaço”. Destes, “fadiga” e “FRC” são os mais comumente utilizados nos artigos consultados. Concebe-se que o conceito de IAF tem sido pouco explorado e para o qual não existe uma definição *gold standard*, motivo pelo qual irei recorrer aos termos anteriormente mencionados para identificar a proximidade conceptual entre estes e realçar as suas principais diferenças.

“Fadiga” é conceptualmente definida por uma exaustão avassaladora a que se associa a diminuição da capacidade para execução de atividades físicas e mentais e que não aliviam com o descanso.¹ Radbruch complementa descrevendo-a como uma “sensação subjetiva de falta de energia física e / ou mental desproporcionada ao nível de atividade, que acontece todos ou quase todos os dias, em duas semanas consecutivas ou durante o último mês”.^{33(p.15)} Tal como a definição sugere, a fadiga pode motivar a IAF que, por sua vez, consiste na “falta de capacidade ou falta de energia para tolerar ou completar atividades”^{14(p.64)}, o que, embora resulte primariamente de processos corporais não intencionais, é influenciado determinantemente pela capacidade do paciente compreender a sua condição de saúde, nomeadamente as suas limitações, as diferenças da condição atual para a anterior e ter um elenco de recursos internos que lhe permita gerir atividades de autocuidado em função das suas prioridades e do nível de energia disponível.^{14,15}

As características que definem a IAF são as alterações na frequência respiratória (FR), amplitude, ritmo e padrão respiratório (taquipneia, dispneia); falha em retornar a valores de frequência cardíaca (FC) basais ou pré atividade após três minutos de período de recuperação em repouso; fadiga generalizada; palidez cutânea e vertigens.³⁴

O diagnóstico da IAF não é definido pela persistência desta não estando associado a períodos temporais tal como a fadiga que só poderá ser considerada mediante a prevalência deste sintoma em duas semanas consecutivas ou durante o último mês.

Os critérios de diagnóstico da IAF encontram-se validados, a mencionar^{31 (p.37)}:

- “Avaliar um esforço e passado 3 minutos a pulsação não regressa aos valores habituais;
- Consegue tolerar as atividades diárias;
- Tem dificuldade em completar as atividades diárias;
- Consegue terminar as atividades diárias;
- Apresenta cansaço fácil na realização das atividades diárias;
- Os movimentos corporais são cansativos;
- Percorre distâncias curtas (<100m); moderadas (>100 < 500m) e longas (>500m);
- Sente cansaço fácil (cansaço ao falar, no ato de se alimentar);
- Recupera a energia após descanso”.

A avaliação da IAF é realizada mediante o preenchimento de uma escala com os itens apresentados previamente, correspondendo a cada um deles a opção de selecionar o “sim” ou “não”. Na afirmação de um deles, o diagnóstico de IAF é considerado presente.

Direcionando para a FRC, realça-se que é vivenciada por 25 a 100% dos pacientes sendo frequentemente autoavaliada em moderada a grave. A percentagem varia de acordo com o estadiamento do cancro e tratamento realizado podendo chegar até 99% nos pacientes submetidos a quimioterapia e radioterapia.³⁵⁻³⁸. Definida como uma sensação subjetiva, angustiante, persistente e perturbadora de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva, relacionada com a doença ou com os tratamentos dirigidos à mesma, não proporcional à atividade recente e que interfere com as AVD.³⁹ Os pacientes descrevem-na como um sintoma desmoralizante com o poder de lhes roubar a identidade conduzindo-os a fazer o luto dos seus papéis e responsabilidades usuais.⁴⁰⁻⁴⁴. A IAF emerge na interferência das AVD elevando o compromisso na conclusão de tarefas comumente associadas ao autocuidado. Conceptualmente, a “fadiga” e “FRC” partilham uma dimensão subjetiva. Apesar do diagnóstico de IAF encontrar-se associado a uma avaliação de parâmetros objetivos, estes envolvem o autoconceito de cansaço do paciente bem como a sensação de cansaço que o próprio experiência, o que faz com que ambos se consolidem na subjetividade. A IAF é um processo dinâmico que evolui a par das necessidades afetadas do paciente e da sua trajetória de doença. À medida que o declínio se acentua é necessário recriar estratégias adaptativas para fazer face à IAF até as esgotar ou até a trajetória de doença culminar numa fase avançada desta. Acentua-se o carácter reversível da IAF na medida em que, o controlo adequado de sintomas, associado a uma fase de estadiamento precoce do cancro, pode fazer

com que as estratégias adaptativas permitam uma gestão eficaz da fadiga. Conclui-se que FRC difere da IAF pela impossibilidade da sua reversão pelo recurso à redução da atividade corporal.¹⁵

Os estudos analisados identificam o impacto da FRC e da IAF na QDV dos pacientes reconhecendo a sua influência a nível físico, mental, emocional, social e espiritual elevando-se a sua multidimensionalidade. Estes mostram a interferência, e no seu expoente máximo a incapacidade, manifestada no declínio da performance na execução das AVD habituais e desejadas.⁴⁵ A evidência científica aponta para o impacto ainda mais pronunciado nos pacientes com faixa etária > 65 anos validando um dos critérios de inclusão da presente Dissertação de Mestrado.^{38,46,47}

Os idosos estão suscetíveis a outras complicações que não estão diretamente relacionadas com o cancro ou com o tratamento específico a que são submetidos na medida em que apresentam uma reserva fisiológica diminuída e menor adaptação para fatores de stress.⁴⁷ Há estudos que identificam que 25 a 35% dos idosos admitidos em contexto hospitalar irão perder a independência funcional em uma ou mais AVD. As principais perdas apuradas evidenciam-se em apenas três dias de hospitalização e direcionam-se para a capacidade de autocuidar a higiene e vestir-se.⁴⁸

Adicionalmente, a FRC e a influência que exerce na IAF, encontra-se associada ao decréscimo de sobrevivência interferindo com a sensação de prazer de viver e de estar vivo. Fortalece o arrependimento e a vontade de desistir gradualmente das atividades que dão prazer, elevando-se a desmotivação para combater a doença.⁴⁹ Mystakidou et al. reforçam a importância da temática, identificando este síndrome como preditor de desejo de morte.^{50,51} Salienta-se o aumento da depressão; ansiedade; perturbações de humor, memória e na capacidade de concentração nos pacientes oncológicos.³⁷ A FRC encontra-se associada a sintomas como a insónia, inatividade/ imobilidade e dor crónica não se tornando possível isolá-la de outros sinais e sintomas.⁵²⁻⁵⁴. À luz da evidência científica, a melhoria da qualidade do sono é benéfica na abordagem à FRC, no entanto, aumentar o tempo de descanso não é efetivo na redução desta. Por outro lado, aumentar o repouso potencia a IAF e as complicações associadas à imobilidade. Pela sua extensão, estas serão desenvolvidas em capítulo próprio.

Identifica-se um sistema de feedback positivo que se nutre viciosamente num ciclo onde mais irá gerar ainda mais. Mais explicitamente, a IAF é motivada pela inatividade

gerada pelo aparecimento de sintomas descompensados (como por exemplo, dispneia, dor, fadiga), conduzindo o paciente a reduzir a sua atividade física, o que progressivamente gera processos de desadaptação.⁶

1.2.2- Etiologia

A etiologia da FRC é multifatorial.⁵⁵ No paciente com cancro, a fadiga primária parece dever-se ao próprio tumor por alterações a nível central (nomeadamente a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal ou por alterações do metabolismo serotoninérgico) e periférico (como o consumo energético, o que parece depender dos elevados níveis de citocinas).³³ De salientar que nos pacientes oncológicos, a presença de citocinas inflamatórias em concentrações elevadas e produtos tumorais circulantes contribuem para a fadiga.⁵⁶

A fadiga secundária parece ser devida a alterações metabólicas ou a comorbilidades como a anemia, caquexia, febre ou ainda a fármacos sedativos, utilizados para controlo sintomático.³³

A fadiga encontra-se relacionada com a doença, a dor crónica e outros sintomas não controlados, caquexia, alterações do sono, ansiedade ou depressão, alterações eletrolíticas ou insuficiência de órgão (renal, cardíaca, hepática ou pulmonar), doenças endócrinas (hipotireoidismo), infeção, malnutrição, descondicionamento, tratamento antitumoral (quimioterapia, imunoterapia, radioterapia, cirurgia) e efeitos secundários de fármacos que atuam no sistema nervoso central (opióides, benzodiazepinas, antidepressivos ou anticonvulsivantes). Deste modo considera-se uma síndrome clínica.^{33,39,56}

Por sua vez, a IAF pode ser classificada consoante o recrutamento de grupos musculares. As atividades que implicam o recrutamento de grandes grupos musculares implicam uma menor tolerância ao esforço explicada pela limitação ventilatória independentemente da reserva muscular metabólica disponível. Em contraste, a redução da tolerância ao esforço nas atividades que implicam o recrutamento de pequenos grupos musculares deve-se sobretudo à fadiga muscular.¹⁵

Tabela 1 – Fatores que contribuem para a fadiga⁵²⁻⁵⁴

Físicos	Dor, dispneia, incapacidade para concretizar tarefas do dia-a-dia, disritmias, insónia, anorexia, imobilidade.
Psicológicos	Depressão, ansiedade e stress emocional.
Comorbilidades	Cardíaca, renal, pulmonar, neurológica, gastrointestinal, hepático, endócrino, falha orgânica.
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia, radioterapia, cirurgia • Efeitos secundários da medicação, mudança de paladar, polifarmácia.
Outros	Valores analíticos alterados pela doença (anemia), tratamento ou infeção.

Contrariamente à FRC, a IAF não concorre para a categorização de síndrome clínica.

A Tabela 1 resume os fatores que contribuem para a fadiga.⁵²⁻⁵⁴

Direcionando para os fatores contribuintes da IAF, Lynda Carpenito realça que estes estão primordialmente relacionados com o conhecimento insuficiente sobre técnicas de adaptação necessárias. Os fatores concorrentes para a IAF são todos aqueles que comprometam a perfusão de oxigénio, que criem exigências excessivas de energia e que ultrapassem a capacidade física e psicológica do paciente.³⁴

Para melhor compreensão das características da IAF, é importante identificar os processos fisiológicos associados. A regulação da respiração integra o controlo da ventilação (sistema nervoso central), músculos respiratórios e quimiorreceptores centrais (localizados ao nível do tronco cerebral e bulbo) e quimiorreceptores periféricos (que se localizam no arco aórtico e artéria carotídea). A ventilação é controlada pelo tronco cerebral que regula a ventilação involuntária e o córtex cerebral, a ventilação voluntária. Os neurónios alojados na medula espinhal processam a informação do cérebro e dos recetores periféricos, permitindo que o estímulo alcance os músculos respiratórios.⁵⁷

De referir que existem sensores sensíveis à variação dos gases arteriais, nomeadamente⁵⁸:

- Quimiorreceptores centrais (bulbo): sensíveis à variação de pH e de paCO_2 (pressão parcial do dióxido de carbono dissolvido no plasma do sangue arterial);
- Quimiorreceptores periféricos (seio carotídeo e arco aórtico): sensíveis à variação de pH e paO_2 (pressão parcial de oxigénio dissolvido no plasma do sangue arterial);

De concluir que as alterações ao nível da ventilação, perfusão e difusão estão na origem dos sinais e sintomas manifestados na IAF quando o estímulo advém de dispêndio energético excessivo.

1.2.3 – Avaliação da Intolerância à Atividade Física

O impacto que a IAF exerce nas dimensões da vida do paciente valida a importância que os profissionais de saúde devem atribuir à temática. Porém, a literatura reconhece que a maior parte dos pacientes com fadiga não recebe o tratamento adequado. A evidência científica aponta para o facto de os pacientes não reportarem ou subvalorizarem este sintoma por múltiplos motivos, nomeadamente a crença de que a fadiga é inevitável e isenta de tratamento. Por outro lado, identificam-se lacunas na competência e conhecimentos adequados dos profissionais de saúde para valorizar, avaliar e tratar este sintoma, bem como em reconhecer as necessidades de reabilitação dessa população.^{33,59}

Deverá ser privilegiada a autoavaliação sempre que possível com recurso a escalas, a destacar a de Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). Um dos itens que esta escala permite avaliar é o cansaço numa abordagem quantitativa que poderá oscilar entre zero e dez (em que zero é considerado ausência de cansaço e dez a pior sensação de cansaço). A avaliação deverá integrar questões como “sente-se mais fraco ou mais cansado que o habitual?”^{33 (p.19)} complementando com questões direcionadas para a intensidade, fatores de alívio e de agravamento, impacto nas AVD ou nas Atividades Instrumentais de Vida Diária ou ao padrão temporal da fadiga (início, evolução, duração, e padrão diário).⁵⁹

De salientar, a Escala de Borg Modificada é muito usada para medir a sensação de dispneia e de cansaço durante o exercício ou em atividades físicas por permitir um acesso direto ao momento da avaliação.⁶⁰ Esta escala possibilita quantificar a sensação de cansaço num score de zero a dez, à semelhança da metodologia identificada na ESAS, de modo a poder ser estabelecida a comparação ao momento presente. De realçar que a Escala de Borg Modificada se encontra mais direcionada para a avaliação da sensação de cansaço durante o exercício ou em atividades físicas.

Na ausência de congruência literária, a maioria dos autores definem que o score três equivale à transição para uma sensação de cansaço moderado, constituindo-se um referencial para implementar o período de repouso para recuperação e/ outra técnica adequada ao contexto.

De modo a simplificar o processo de obtenção de dados, optou-se pelo recurso exclusivo à ESAS para não incorrer em duplicação de informação e, por outro lado, pela familiarização documentada do recurso a esta escala no âmbito dos CP, privilegiando a humanidade e ética na abordagem aos pacientes que integraram a amostra.

Uma avaliação criteriosa permite tornar este sintoma mensurável com o objetivo de mitigar os seus efeitos e maximizar os níveis de energia. Assim é possível integrar este sintoma num plano diferenciado de CP.

1.2.4- Complicações associadas à Intolerância à Atividade Física

1.2.4.1 –Autocuidado e Atividades de Vida Diária

O cancro incurável, por definição, conduz o paciente a processos de transição até culminar na irreversibilidade. A par do conceito de autocuidado, os processos de transição assumem destaque no âmbito da prestação de cuidados em Enfermagem estando intimamente conectadas aos eventos do ciclo vital. Estes processos de transição são definidos como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”; “pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações conduzindo-a a novas autoconcepções”.^{61(p.239)} As mudanças no estado de saúde do paciente que condicionam a sua capacidade funcional, criam um processo de transição que o conduz a maior vulnerabilidade com potencial de o orientar à construção de novos referenciais de si mesmo. Estes podem estar na origem do agravamento da própria saúde.⁶² Na exclusividade com que cada um é pessoa, cada transição adquire uma dimensão única, complexa e multidimensional tornando-se imprescindível sensibilizar para este conceito de modo a promover a compreensão dos processos vivenciados e otimizar a intervenção. O cuidado transicional valoriza a pessoa, por considerá-la protagonista da ação do cuidado. Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias da prestação de cuidados realizadas pelo enfermeiro a um paciente em transição incidem na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiênciava. A transição será tendencialmente mais bem-sucedida ao conhecer-se o que a desencadeia, a antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da mudança e a possibilidade de ocorrências de múltiplas transições simultaneamente. O foco deverá estar direcionado para a disposição para ajudar na passagem de um estado a outro. “É necessário lidar com os acréscimos e decréscimos da pessoa”.^{63(p.28)}

O autocuidado é considerado tema de centralidade na disciplina de Enfermagem sendo definido como a atividade executada pelo próprio que lhe permite tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e atividades de vida.¹⁴ Em 1991, Dorothea Orem desenvolveu teoricamente este conceito basilar tendo-se focado nas práticas de atividades inerentes à manutenção da própria vida, saúde e bem-estar.⁶⁴ São consideradas ações integradas pelo paciente, que refletem aspetos do seu contexto sociocultural, levadas a cabo por si mesmo. Dimensionada a importância da temática, no exercício do autocuidado, os cuidados de Enfermagem devem ser planeados e implementados de forma a proporcionar ao paciente a promoção da sua autonomia e QDV permitindo que ultrapasse as suas limitações parciais ou totais, sempre que possível. Quando estas limitações não são passíveis de superação, o objetivo deve residir na integração de estratégias adaptativas que permitam preservar o autocuidado. A Teoria do Autocuidado alicerça e fundamenta a Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem estando correlacionadas. A Teoria do Autocuidado direciona-se para o objetivo, métodos e resultado de autocuidar-se baseando-se no pressuposto associado ao desejo de permitir que os pacientes exerçam a sua autonomia tomando as iniciativas necessárias para se responsabilizarem pelo próprio cuidado de saúde. Em contraste, a Teoria do Déficit do Autocuidado baseia-se na incapacidade do paciente em cuidar de si mesmo para alcançar o seu próprio bem-estar. Este déficit emerge perante o desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a necessidade terapêutica de autocuidado.

O conceito de autocuidado relaciona-se com o de AVD. Este último remete para o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos⁶⁵:

- Cuidado pessoal ou Atividades Básicas de Vida Diária;
- Atividades domésticas e comunitárias ou Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A literatura aponta para seis atividades no âmbito do cuidado pessoal que se referem às funções e estruturas do corpo envolvidas bem como às atividades e participação para a sua execução⁶⁶:

- Higiene Pessoal
- Controlo da Eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários
- Vestuário
- Alimentação

- Locomoção
- Transferências

Tabela 2 – Adaptado de Parecer da Mesa do Colegio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011⁶⁶

Higiene pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o copo; higiene oral; arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquilhagem...).
Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário	Ato inteiramente autocontrolado de mictar ou defecar; ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após.
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos.
Alimentação	Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.
Locomoção	Deslocar-se autonomamente.
Transferência	Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir-se de uma cadeira para a outra, para a sanita, banheira ou outra superfície.

A Tabela 2 resume a definição de funcionalidade e independência para cada atividade.⁶⁶

Estas atividades podem ser avaliadas e quantificadas mediante a aplicação de instrumentos disponíveis para o efeito. O Índice de Barthel é um dos instrumentos a que os profissionais de saúde mais recorrem e que se encontra validado para a população portuguesa avaliando a independência da pessoa para a realização de dez atividades: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Apesar deste Índice se encontrar direcionado para as AVD, não apresenta sensibilidade preditiva e prognóstica e, na complexidade de determinadas necessidades, não consegue traduzir fielmente o nível de dependência de pacientes em CP. Deste modo, a literatura direcionou a pesquisa para outro instrumento, a considerar a Palliative Performance Scale (PPS). Esta escala é utilizada nos serviços de CP e permite estabelecer um prognóstico mais objetivo e, simultaneamente, descrever o nível funcional do paciente.⁶⁷ A PPS fornece informação relativamente à medição do declínio progressivo dos pacientes com necessidades paliativas. É um instrumento cuja aplicação é viável em pacientes oncológicos por se correlacionar bem com os tempos médios de sobrevivência destes. Para vários autores, pacientes com um score de 10 a 20% têm um

tempo médio de vida de seis dias, para scores entre 30 -50% uma média de 41 dias e para scores de 60 a 70%, 108 dias.^{68,69}

Verificou-se útil para efeitos de identificação e acompanhamento de eventuais necessidades de pacientes em CP particularmente porque essas necessidades mudam com a progressão da doença.⁶⁸

Integra cinco parâmetros que são avaliados pelo observador: mobilidade, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão e estado de consciência. A escala atribui um score ao paciente de 0% a 100%. Quanto menor é o score, menor é a capacidade funcional do paciente e maior se torna a proximidade com o evento de morte. O score 0% significa a morte deste e o 100% é atribuído ao paciente que não apresenta qualquer alteração na sua *performance status*.

1.2.4.2 – Limitações das Atividades de Vida Diárias: A Síndrome de Imobilidade

Ao aprofundar a temática da IAF torna-se indissociável abordar **as limitações das AVD e a síndrome de imobilidade**. Considerando o paciente como um todo, numa abordagem holística, é difícil de considerar onde inicia e termina o domínio da IAF, da fadiga e da síndrome de imobilidade. De salientar os mecanismos fisiológicos envolvidos na imobilidade para melhor se poder direcionar a intervenção, sem esquecer, porém, a individualidade das necessidades do paciente e trajetória de doença em que se situa.

A IAF encontra-se associada a períodos de repouso prolongados, contribuindo para complicações extensíveis a todos os sistemas. Explorando o tema, identifica-se a deterioração do sistema cardiovascular.⁷⁰ Em decúbito dorsal ocorre uma redistribuição do sangue dos membros inferiores para a cavidade torácica, conduzindo à redistribuição deste (até um litro de fluídos em 24 horas de repouso).⁷¹ Deste modo 11% do volume total de sangue em circulação nos vasos sanguíneos dos membros inferiores é redistribuído para o tórax contribuindo para que 80% desse volume esteja na origem do aumento do débito cardíaco numa primeira fase. Posteriormente verifica-se a diminuição do volume plasmático total. A carga de trabalho cardíaco aumenta em 20% quando o paciente se encontra deitado, sendo que em pacientes com doença cardíaca pré-existente este aumento é superior (40%). A FC em repouso aumenta um batimento por minuto a cada dois dias de imobilidade, o que resulta do menor tempo diastólico e de ejeção sistólica, reduzindo a capacidade para responder a atividades de maior intensidade.⁷⁰ O encurtamento do tempo diastólico contribui para a

diminuição do fluxo coronário, condicionando menor oxigenação do miocárdio. Este processo é designado por descondicionamento cardíaco e manifesta-se pelo aumento da FC em repouso e da FC de treino, sendo o aumento mais exponencial na resposta ao exercício. Três a quatro semanas de repouso no leito fazem com que a FC de repouso aumente de 11 para 14 bpm enquanto a de treino aumenta de 30 para 40 bpm.⁷²

Uma das complicações cardiovasculares mais comuns da imobilidade é a hipotensão ortostática podendo ocorrer com apenas 20h de repouso no leito.⁷¹ Em pessoas saudáveis e sem compromisso da mobilidade, a diminuição abrupta da pressão arterial na transição para o ortostatismo é imediatamente detetada pelos barorreceptores que despoletam resposta no centro cardíaco (para que seja elevado o estímulo simpático do coração com aumento do débito cardíaco e pressão arterial) e no centro vasomotor (para aumentar o estímulo simpático nos vasos dos membros inferiores com vasoconstrição parcial subsequente de modo a potenciar o retorno do sangue ao coração).⁷³ No paciente com *déficit* de mobilidade, este processo encontra-se ineficaz pela diminuição de volume sanguíneo inicialmente explorado, contribuindo para a sua falência.

A mobilidade torácica encontra-se restringida em decúbito dorsal pelo peso corporal exercido nesta. Em posição ortostática, 78% do volume corrente ocorre por intermédio da mobilidade da caixa torácica, porém, em decúbito dorsal, esta reduz para 32%.⁷¹ A restrição da mobilidade torácica está na origem do aumento da resistência mecânica que, em associação ao aumento do volume sanguíneo no tórax, conduz à redução da capacidade pulmonar total e do volume residual. Por sua vez, a redução do volume residual pode contribuir para o colapso alveolar, interferindo conseqüentemente no processo de difusão.⁷⁴

Progredindo para o sistema respiratório, identifica-se que a imobilidade interfere nos mecanismos de limpeza das vias aéreas aumentando a predisposição para a pneumonia.⁷⁵ Ocorre estase e espessamento do muco, agravado por processos de desidratação, o que, associado à diminuição do volume corrente potencia a hipoxia / hipoxemia.

O sistema musculo-osteoarticular conjuntamente com o sistema nervoso, possibilitam a mobilidade e consecutivamente a capacidade para a realização de AVD. Este sistema pode ficar comprometido mediante o desenvolvimento de fraqueza muscular e/ ou óssea e rigidez articular motivada pelo desuso.⁷⁶ A força muscular é mantida pela frequente tensão máxima de contração exercida pelo movimento. Esta pode decrescer 10% a 15% por semana de desuso.⁷⁷ Aproximadamente metade da força considerada normal é perdida com imobilização

de três a cinco semanas de evolução.⁷⁸ De salientar, igualmente, o encurtamento das fibras musculares pela redução do número de sarcómeros em associação.⁷⁵ A extensão da atrofia aumenta mediante a manutenção do movimento encurtado.⁷⁶ Os músculos, categorizados em antigravitacionais, são os que perdem mais força em comparação com outros grupos musculares pela anulação do efeito da gravidade.⁴⁷ Estes perdem proteína contrátil sob aumento de tecido não contrátil (colagénio). Topp et al⁷² afirmam que as fibras do tipo II parecem atrofiar mais rapidamente do que as do tipo I, embora afetem os dois tipos de fibra muscular (com 72 horas de imobilização de um membro, há até 17% de atrofia de fibras do tipo II e 14% de fibras do tipo I).⁷⁹ Para uma manutenção saudável dos tendões, ligamentos e cartilagem articular é necessária mobilidade. O declínio é proporcionalmente inverso à mobilidade pelo cariz dinâmico do tecido conectivo.⁷⁸ Na imobilidade, os tecidos envolvidos na atividade articular sofrem aumento acentuado de colagénio tornando-se mais densos. As fibras que envolvem os músculos, os ligamentos e os tendões ficam mais encurtadas contribuindo, sinergicamente, para a diminuição da flexibilidade global das articulações.⁷⁷ Estas alterações começam a verificar-se após seis dias de imobilidade, podendo manter-se após introdução progressiva de mobilidade.⁷⁹

Conclui-se que, apesar de todas as articulações poderem encontrar-se lesadas pelo desuso, as que se encontram mais diretamente envolvidas no mecanismo de suporte do peso corporal são as mais afetadas (como, por exemplo, coxofemoral, joelho e tibiotársica). A ausência de mobilidade destas nas suas diferentes amplitudes também fortalece a fundamentação anterior, limitando os movimentos inerentes à transferência do paciente entre plataformas.⁷⁸

Progredindo para o sistema ósseo, a literatura realça a funcionalidade de suporte mecânico para os tecidos existentes no corpo, sobretudo os músculo-esqueléticos. A sua função é extensível à manutenção da homeostase mineral promovendo as reservas de cálcio, fósforo, sal e magnésio.⁷⁶ A lei de Wolff fundamenta a relação de formação e reabsorção óssea alicerçando-se na evidência de que a densidade do osso é diretamente proporcional ao peso / impacto exercido sob este.⁷² Na instalação da imobilidade é conhecida a suspensão do processo de formação óssea embora se conheça a manutenção da atividade dos osteoclastos, o que conduz à diminuição da densidade óssea e consecutivamente ao aumento do risco de fratura. Pela contínua atuação dos osteoclastos verifica-se aumento da concentração de cálcio na circulação sanguínea. Com três dias de repouso contínuo há aumento deste na urina.

Continuamente poderá ocorrer a formação de cálculos renais.⁷⁶ A perda óssea abrange inclusivamente os corpos vertebrais, estrutura basilar de verticalidade.

O compromisso da mobilidade realça a limitação na higiene perineal, o que permite transitar para outra área onde também se identificam complicações da imobilidade, nomeadamente na alteração da integridade cutânea. À luz da literatura, 95% das úlceras por pressão ocorrem em proeminências ósseas, sendo as mais frequentes desenvolvidas na área sacrococcígea, tuberosidade isquiática, trocânter, maléolo e calcâneo.⁸⁰ O desenvolvimento de uma úlcera por pressão origina mais imobilidade, essencialmente, pela restrição associada à adoção de posicionamentos que possam contribuir para o aumento da pressão nas áreas lesadas e dor. Estudos apontam para que idosos com mais de 70 anos incorram em mais de 70% de possibilidade de desenvolver uma úlcera por pressão, sendo que esta ocorre nas primeiras duas semanas de hospitalização.⁸⁰

Considerando a IAF, a síndrome de imobilidade e consecutivamente o declínio progressivo da independência, torna-se fulcral o desenvolvimento de competências cognitivas e comportamentais que permitam preservar o bem-estar e a QDV.⁸¹ A capacidade do paciente para manter a independência no autocuidado é determinada pelos seus processos corporais não intencionais otimizarem a utilização do oxigénio, bem como pelo conjunto de recursos internos desenvolvidos face às limitações de energia. Este reportório é influenciado pela atitude adotada perante o autocuidado enquanto conceito. Neste contexto torna-se fundamental estabelecer o perfil individual de cada paciente relativamente ao autocuidado, de forma a melhor adequar as estratégias terapêuticas de Enfermagem às suas necessidades individuais.⁸²

1.2.5 – Controlo Sintomático: Gestão da Intolerância à Atividade Física

1.2.5.1 – Abordagem Farmacológica

A gestão da fadiga pode considerar abordagens farmacológicas. Os fármacos a que mais comumente se recorre para o tratamento da FRC são os psicoestimulantes (metilfenidato e modafinil), antidepressivos (paroxetina e bupropiona) e os inibidores da colinesterase (donezepilo). O metilfenidato tem sido reportado como fármaco de eleição na redução da FRC com impacto na QDV e que, em conjunto com o exercício físico, potencia o aumento da capacidade funcional.⁵⁵

Os fármacos menos usados são os corticosteroides e a hemopoitina. A metilprednisolona ou a dexametasona contribuem para o alívio da fadiga por curtos períodos de tempo (uma ou duas semanas). Os efeitos secundários possíveis são a insónia, mucosite, alteração do humor e edema. Em tratamentos prolongados, os corticoides podem aumentar a resistência à insulina, agravando a caquexia; miopatia proximal, causando fraqueza muscular e aumentar o risco de infeções.⁵⁵

1.2.5.2 – Abordagem Não Farmacológica

No âmbito da IAF, as intervenções não farmacológicas devem incidir na conservação da energia; gestão do descanso e da atividade; otimização da nutrição e exercício físico.

O exercício é identificado como a abordagem mais eficaz apesar da inexistência de *guidelines* relativas à intensidade, frequência e duração de modo a maximizar os seus benefícios. O plano de exercícios deve ser dinâmico e adaptado às necessidades do paciente, sua *performance status* e trajetória de doença. Albrecht e Taylor, numa revisão da literatura, verificaram que os pacientes com cancro avançado beneficiam de Reabilitação com contributo adicional na melhoria do humor, dor, dispneia, obstipação e insónia.⁸³ O exercício físico considerado benéfico para esta população contempla o treino de marcha; natação; andar de bicicleta; exercícios aeróbios, de resistência e/ou um plano combinado destes dois últimos.⁸³ Puetz e Herring complementam que o exercício físico reduz a FRC em pacientes que se encontram sob tratamento e após finalização deste.⁸⁴ O benefício do exercício foi extensível à melhoria da QDV, ansiedade e depressão, colocando-se ao nível do benefício da terapia individual ou de grupo e intervenções farmacológicas. A advertência surge nos pacientes que se encontram na fase final da vida, considerando que a fadiga pode ser protetora ao sofrimento pelo que o seu tratamento se encontra contraindicado. Deve ser feita a identificação da fase em que o paciente se encontra na sua trajetória de doença de modo a não se potenciar o stress no fim da vida.³³

No âmbito do controlo sintomático não farmacológico, o EEER pode contribuir para o desenvolvimento de recursos internos e externos que permitam gerir com maior eficácia a energia disponível e, dessa forma, aumentar a tolerância à atividade. Na ausência do desenvolvimento, aplicabilidade incorreta ou falência destes na gestão eficaz da energia disponível para o autocuidado, é frequente a progressão nos níveis de dependência nas atividades relacionadas com o autocuidado. De realçar que a European Association for

Palliative Care refere que a utilização de TCE pode, se não for corretamente utilizada, levar ao descondicionamento, o que pode conduzir ao círculo vicioso de fadiga que, em última instância, poderá promover a incapacidade.³³ Este aspeto eleva a importância do exercício ético das competências diferenciadas do EEER com integração da filosofia do cuidar da Medicina Paliativa, bem como a relevância do desenvolvimento e aquisição de competências em CP.

O **programa de Reabilitação** com objetivo de integrar TCE e reeducação ao esforço deve contemplar técnicas de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), Reeducação Funcional Motora (RFM) e treino de AVD. Paralelamente, e não menos importante, o EEER deve dedicar-se ativamente nos processos de transição (nomeadamente alta para domicílio) participando na tomada de decisão que envolve a gestão de barreiras arquitetónicas para uma gestão mais eficaz da IAF com vista à redução do gasto energético enquanto o paciente realiza as AVD no domicílio.^{58,85} As barreiras arquitetónicas constituem, como o próprio nome indica, uma limitação à mobilidade. Associadas a estas encontra-se a necessidade de maior dispêndio energético pelo que o EEER pode integrar este aspeto no plano de cuidados do paciente. As barreiras arquitetónicas com mais destaque são as escadas e as banheiras estando associadas a maior nível de dependência e, conseqüentemente, maior necessidade de participação do prestador de cuidados. Estas barreiras são extensíveis à disposição do mobiliário, dimensão das portas com distância entre as ombreiras laterais que não permitam a passagem de uma cadeira de rodas ou de banho e pisos irregulares. Poderá ser necessário reorganizar a distribuição dos móveis de modo a criar mais espaço e, deste modo, reduzir os obstáculos, encurtar a distância a percorrer e, simultaneamente, reduzir risco de queda. O espaço entre as ombreiras das portas é de extrema importância para personalizar as medidas de uma cadeira de rodas / banho ou de um andarilho. Realizar treino de marcha em pisos irregulares implica o recurso a mais energia pelo que o paciente deve ser sensibilizado para a influência que esta tipologia de piso poderá provocar. Este deve ser encorajado a manter a atividade enquanto for possível recorrer a TCE eficazes. As banheiras implicam maior gasto energético pelo que se recomenda a utilização de dispositivos auxiliares nomeadamente plataformas que adaptam às paredes laterais da banheira de modo a possibilitar que o paciente se sente durante a higiene. Quando este dispositivo se torna insuficiente para responder às necessidades do paciente, pode equacionar-se, por exemplo, o recurso a cadeira giratória. Há pacientes e familiares que progridem para a reconstrução das casas de banho, nomeadamente

para a construção de polibans. Recomenda-se que não existam degraus para aceder ao poliban e esse deve ter dimensões que permitam a entrada de um banco ou cadeira de banho, devidamente apropriada, para que o paciente se possa sentar. Outra estratégia reside na aplicação de barras de apoio nas paredes por permitirem uma redistribuição do peso corporal através do apoio uni ou bilateral dos membros superiores de modo a contribuir para redução da IAF. Relativamente às escadas, na falência de TCE, se não for possível eliminá-las com aplicação de uma rampa adaptada ou aplicação de um elevador que se adeque à sua configuração.

A adequação dos dispositivos de apoio para treino de marcha também podem reduzir a IAF pelas suas próprias características. Por exemplo, um andarilho com rodas permite um menor recrutamento da musculatura dos membros superiores pelo que poderá constituir uma escolha mais adequada na ausência de um défice de equilíbrio dinâmico em ortostatismo pronunciado.

Conforme abordado anteriormente, o recurso à técnica respiratória adequada durante a operacionalização das AVD como uma das TCE, bem como a integração da RFR devem integrar o Programa de Reabilitação.

No âmbito da RFR recomenda-se o que consta da Tabela 3.^{86,87,88,89}

Tabela 3 - Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória

Prevenção e correção de defeitos posturais	Posição cinética do corpo quando está em ortostatismo, sentado ou deitado. Não se classifica como TCE, no entanto, interfere com a mecânica ventilatória e na prevenção de defeitos posturais que podem contribuir para a redução do tónus de grupos musculares com funcionalidade respiratória simultaneamente.
Promoção de conforto e relaxamento	O ensino sobre as posições de relaxamento possibilitam reduzir a tensão psíquica e muscular, a sobrecarga muscular, a dispneia, a ansiedade e favorecem o bem-estar. O EEER deverá identificar a tolerância à adoção dos diferentes posicionamentos e considerar a individualidade de cada paciente.
Promover posições de descanso	O recurso aos posicionamentos de descanso permite promover o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, cervical e membros superiores, tornando-os menos ativos; otimizam a função diafragmática contribuindo para o estado de tensão-comprimento deste e a restituição da sua curvatura fisiológica. São consideradas TCE. <ul style="list-style-type: none"> - <u>Posição de Cocheiro sentado</u> - <u>Posição de Cocheiro em ortostatismo</u> Em ambos os posicionamentos, deve ser associada a respiração abdominodiafragmática.

<p>Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição e ventilação alveolar. peso que varie entre 1 a 2,5 Kg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consciencialização da respiração: Permite melhorar a coordenação dos músculos respiratórios e a capacidade em controlar a sua respiração, contribuindo para o relaxamento da parte superior do tórax e área escapular. Deste modo será possível potenciar uma ventilação mais adequada com menor dispêndio energético e potenciar o relaxamento físico e psíquico. • Dissociação dos tempos respiratórios: A inspiração nasal permite que o ar seja aquecido, humidificado e filtrado previamente ao alcance das vias aéreas superiores. A expiração pela boca com os lábios semicerrados é uma técnica que permite gerar uma pequena pressão positiva que pode contribuir para reduzir o colapso da via aérea instável. Esta última consiste numa técnica útil a ser considerada em caso de dispneia e durante a realização das atividades de vida diárias. • Respiração abdominodiafragmática: Esta técnica visa reduzir o trabalho respiratório, favorecendo o padrão respiratório fisiológico eficaz ao proporcionar uma maior excursão diafragmática. Poderá progredir-se para reeducação diafragmática que consiste na realização de exercícios respiratórios com foco na porção anterior, posterior do diafragma, hemicúpulas direita e esquerda mediante a finalidade de correção de assinergias ventilatórias localizadas. A aplicação de resistência na reeducação diafragmática pode ser realizada no âmbito da reeducação ao esforço com o objetivo de fortalecer o diafragma e musculatura abdominal. Pode-se recorrer a um halter/ peso. Este último produz estímulo visual e tátil contribuindo para a consciencialização do movimento abdominal exercido durante a realização do exercício respiratório. A aplicação de resistência também pode ser realizada mediante a mobilização sincronizada dos membros inferiores (o tempo inspiratório deverá ocorrer durante a flexão coxofemoral e o tempo expiratório com a extensão deste segmento osteoarticular). A resistência será exercida pelo movimento que, por sua vez, se repercute nas vísceras do abdómen com impacto no diafragma. • Reeducação costal: Esta técnica permite selecionar as áreas pulmonares que necessitam de maior ventilação com alvo à porção anterior, posterior e lateral do tórax. - <u>Reeducação costal da porção anterior superior e inferior</u> (unilateral ou bilateral): A finalidade da reeducação costal da porção anterior superior remete para a drenagem de secreções e para a melhoria da oxigenação pela desinsuflação. Na reeducação costal da porção anterior inferior atribui-se ênfase à respiração profunda com foco no movimento desta área anatómica. Encontra-se indicado para pessoas com rigidez ao nível da grelha costal inferior como o que se precipita nas que têm bronquite crónica, asma ou enfisema. - <u>Reeducação costal da porção posterior:</u> Esta técnica é recomendada para os pacientes que se encontram mais imobilizados.
--	--

- Aberturas costais seletivas:

Este exercício permite recuperar a mobilidade costal e favorece a expansão pulmonar. Pode ser um exercício realizado com incremento de peso ou elástico (com diferentes níveis de resistência), associando-se o fortalecimento dos grupos musculares envolvidos.

- Reeducação costal global:

Esta técnica proporciona expansão torácica contribuindo para a melhoria da distribuição e ventilação alveolar podendo ser realizada com recurso a bastão ou automobilização dos membros superiores.

No contexto da RFR e RFM, o treino de exercício também integra o processo de Reabilitação incidindo na prática de exercício repetido e regular para induzir o condicionamento físico, o que sobrepõe o gasto energético à aptidão do paciente parecendo manifestar-se contraditório ao objetivo das TCE, embora sem o ser.⁹⁰ Os exercícios aeróbios (endurance) são uma componente fundamental dos programas de Reabilitação que permitem aumentar a tolerância ao esforço, diminuir a dispneia e melhorar a eficiência do trabalho muscular, contribuindo para uma melhoria da QDV. Esta modalidade de exercício envolve grandes grupos musculares dos membros inferiores e superiores permitindo aumentar a capacidade oxidativa, a capilarização, a concentração de enzimas oxidativas e a densidade de mitocôndrias nos músculos treinados.⁹¹ O exercício aeróbio é considerado o mais eficaz na gestão da fadiga e da IAF apesar da literatura apontar para a pertinência de modalidades mistas (aeróbio e anaeróbio). O treino de força pressupõe o recurso a estímulos de intensidade elevada e de curta duração, mais direcionados a pequenos grupos musculares.⁹² Conclui-se que o treino de resistência pode incluir exercícios de fortalecimento muscular ou anaeróbios. Muitas das limitações ocorrem durante a realização das AVD na solicitação de musculatura dos membros superiores e inferiores. O recurso dos membros superiores nas AVD é uma constante pelo que o treino destes irá melhorar a performance para o exercício e diminuir as necessidades ventilatórias durante o trabalho dos membros superiores. A metodologia de treino pode variar através da mobilização contra-gravidade e / ou com recurso a resistência com incremento de peso. O treino de membros inferiores pode recorrer a treino de marcha, bicicleta / pedaleira, bem como ser extensível à utilização de halteres, faixas elásticas e bola. O treino de força inclui 2 a 4 séries de 6 a 12 repetições e para que haja ganho de força muscular pressupõe-se um progressivo aumento de carga a cada sessão de reabilitação.^{88,93}

Porém, o número de séries e de repetições deverá ser adaptado à IAF do paciente, devendo-se evitar variações da FC, tensão arterial sistólica e diastólica superiores a 20 bpm ou 20mmHg sistólico e diastólico respetivamente.

As TCE aplicadas no treino de AVD devem integrar a programação de acordo com os níveis de exigência. O paciente deverá iniciar o seu planeamento de atividades pelas mais exigentes por poder apresentar maior potencial energético após período de repouso mais prolongado. Este planeamento deverá ser simplificado eliminando atividades desnecessárias como secar louças (uso de escorredor), secar-se após o banho (uso de roupão turco) ou atar atacadores (preferir calçado sem atacadores). Deverá contemplar a adaptação e organização do meio ambiente de modo a que os materiais a serem utilizados pelo paciente permaneçam em locais de fácil acesso e dispô-los pela ordem em que vão ser necessários.

O esforço associado ao recrutamento da musculatura dos membros superiores na execução de atividades pode conduzir a dispneia e a disfunção neuromecânica.⁹⁴ Tangri e Woolf (1973) verificaram a presença de um padrão respiratório rápido e superficial associado a atividades com os membros superiores não sustentados.⁹⁴ Como explorado anteriormente, as atividades funcionais mais comuns no quotidiano humano envolvem os membros superiores e inferiores, porém os superiores são recrutados extensivamente para atividades simples e de maior complexidade. Alguns dos músculos, como o trapézio, peitoral menor, escalenos e os intercostais, que participam no posicionamento dos membros superiores, podem ter funções, simultaneamente posturais e ventilatórias. A simples elevação dos membros superiores resulta em considerável aumento do consumo de oxigénio (16%) e da ventilação pulmonar (24%) em indivíduos não submetidos a cirurgia.⁹⁰ Estes dados sugerem que este ato altera o recrutamento muscular ventilatório e postural, modificando consecutivamente a mecânica da caixa torácica. Acredita-se que alguns dos músculos da parte superior do tronco, quando envolvidos no posicionamento dos membros superiores, deixam de participar da ventilação, desviando o trabalho ventilatório para o diafragma.⁹⁵

Sistematizando, as intervenções do EEER direcionadas para a implementação de TCE no contexto das AVD devem contemplar⁹⁵:

- Planeamento de atividades com inclusão da preparação antecipatória do material necessário, reorganização do espaço físico, adequação dos recursos humanos necessários, identificação prévia de pausas para repouso (período mínimo de 1 a 3 minutos).

- O treino deve ser previamente negociado, priorizando a participação do paciente mediante as suas preferências e limitando-as face à IAF apresentada. Deverá ser considerado o princípio de que se devem iniciar as AVD pelas de maior exigência.

- As atividades devem ser realizadas quando o paciente apresentar mais energia, recomendando-se uma avaliação prévia da sensação de cansaço.

- Evitar sequências de atividades, especialmente as que possam competir pelo suprimento de oxigénio, como por exemplo, logo após a refeição.

- Educar para uma respiração controlada durante toda a atividade, evitando falar em simultâneo; expirar durante o esforço evitando apneias durante a sua execução; capacitar para uma postura correta e alinhada de forma a melhorar a função respiratória; adoção de posições de descanso que possam favorecer uma recuperação mais rápida.

Recomenda-se a operacionalização de programas de reabilitação que, para além de capacitar o paciente e sua família, permitam o controlo sintomático.^{88,89}

Descrevo um conjunto de intervenções por atividades, a mencionar:

- **Higiene:**

- Preparar o material previamente ao início da atividade de modo a evitar dispêndio de energia na mobilização para alcançar o que necessita podendo direcioná-la exclusivamente para o autocuidado.

- Validar com o paciente as áreas anatómicas que sinta como prioritárias e negociar estratégias para cumprir planeamento de forma autónoma ou assistida, de acordo com as necessidades.

- Negociar atividade previamente ao seu início, bem como a participação do paciente.

- Realizar cuidados de higiene no sanitário em posição de sentado ou recorrer à cadeira de banho para promover a deslocação no trajeto ao sanitário e regresso de modo a dispensar a realização de transferências entre superfícies que possam contribuir para o agravamento da sensação de cansaço.

- Recomendar o início da atividade pela higiene da cavidade oral / fazer a barba para gestão do gasto energético.

- Realizar a higiene oral com o paciente sentado e com os cotovelos / antebraços apoiados.

- Instituir pausa para repouso após cuidados de higiene à face, couro cabeludo / cabelo com recurso a técnica respiratória associada a posição de descanso.

- Realizar apoio de cotovelos para assistir o movimento de flexão do ombro (por exemplo para higienizar a face).
- Recorrer a um membro superior alternadamente para higienizar áreas corporais com repouso do contralateral (que poderá ficar apoiado numa barra de apoio ou face anterior da coxa).
- Promover posicionamento adaptativo para higiene dos pés recorrendo, por exemplo, ao movimento de cruzar os membros inferiores.
- Adaptar dispositivo de higiene de áreas anatómicas mais inacessíveis, nomeadamente tórax posterior e membros inferiores (a baixo do nível dos joelhos).
- Recorrer a toalhas mais pequenas para exercer menor carga à sua mobilização ou, ao referido roupão turco.

- **Arranjar-se:**

- Promover o ato de fazer a barba em posição de sentado e com os cotovelos/ antebraços apoiados. Recorrer a espelho posicionado de modo a contribuir para a melhor auto-visualização possível.
- Recorrer a máquina de barbear (se o paciente tiver ou se for uma opção de aquisição para este) para reduzir gasto energético. Por comparação, a gilete também implica maior destreza fina e precisão de movimento, o que por si só, se encontra associado a maior gasto energético.
- Reservar períodos de substituição preferencialmente para o fim da atividade para rentabilizar a motivação do paciente.
- Pentear com apoio no cotovelo do membro contralateral.
- Negociar com o paciente períodos de repouso quando a sensação de cansaço começar a aumentar.
- Usar preferencialmente um pente de cabo mais comprido.

- **Vestir-se/ despir-se:**

- Instruir para que se evite a utilização de roupas justas ao corpo e de calçado com atacadores por poder potenciar a intolerância à atividade de vestir / despir.
- Negociar a importância de se vestir/ despir sentado.
- Desapertar as calças e baixá-las previamente a sentar-se (para evitar ter de se levantar novamente).
- Dispor a roupa pela ordem que vai ser vestida.

- Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado), depois a metade superior, progredir para ortostatismo e ajustar a roupa (negociar e instituir pausas para repouso, especialmente antes do paciente se posicionar em ortostatismo).

- Calçar meias e sapatos, sentado com o pé em cima da perna oposta (calçadeira de cabo comprido).

- **Alimentar-se:**

- Negociar o ato da alimentação começando por sugerir que o paciente inicie o processo para que este possa ser potenciado pelo apetite.

- Posicionar ou colaborar no posicionamento do paciente integrando as técnicas de relaxamento anteriormente descritas (em posição de sentado ou em decúbito dorsal com fowler superior a 60 graus).

- Negociar as pausas para repouso, introduzindo a técnica respiratória de modo a prevenir complicações associadas à descoordenação dos tempos respiratórios.

- Apoiar o movimento da flexão do cotovelo para reduzir o esforço, se necessário.

- Se a alimentação ocorrer por SNG ou gastrostomia percutânea endoscópica, o que implica maior destreza fina, deve ser negociada a tentativa de autoadministração. Se o paciente estiver em dieta zero, os passos anteriores podem ser mobilizados no sentido da promoção da hidratação da mucosa oral.

- **Treino de marcha; subir / descer escadas:**

- Previamente ao treino de marcha deve ser tida em consideração a distância a percorrer, declives e aclives, presença de escadas, tipo de pavimento (regular ou irregular), identificação de locais para repouso.

- O treino de marcha em pavimentos irregulares e declives / aclives podem estar na origem de exacerbação do cansaço pelo que nestes se recomenda a adaptação / redução do ritmo do passo; recurso a técnica respiratória com ênfase no tempo expiratório, síncrono ao esforço; integração de pausas em posição de pé ou sentado em associação a posições de descanso.

- No recurso a escadas, o paciente deverá ser instruído a inspirar em repouso e expirar lenta e profundamente enquanto sobe ou desce os degraus – 1 a 2, respeitando o tempo expiratório. Recomenda-se que o paciente se apoie no corrimão das escadas.

- Adicionalmente deverá ser instruído à colocação de um banco ou cadeira a cima das escadas ou entre patamares para promover período de repouso para recuperação. Na ausência

dessa possibilidade, poderá estar reunida a condição para se executar posição de descanso em ortostatismo.

- Os dispositivos que apoiam a marcha podem contribuir para a redistribuição do peso corporal com redução de carga sob os membros inferiores e, deste modo, contribuir para maior tolerância ao esforço.

2- MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia compreende a definição dos métodos que o investigador recorreu para desenvolver o estudo, respondendo às questões inicialmente equacionadas. As etapas que integram a fase metodológica são: definição das hipóteses; amostra; variáveis; métodos de colheita e análise de dados.⁹⁶

2.1- DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES

A hipótese de investigação é um enunciado formal da predição dos resultados de um estudo perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação, permitindo verificar se existe ligação entre as variáveis propostas para estudo.⁹⁷

O tema do presente estudo configura a elaboração das hipóteses seguintes:

Hipótese A

A intervenção da ENF-REAB influencia a redução do cansaço dos pacientes com IAF e com cancro em CP.

Hipótese B

A intervenção da ENF-REAB melhora significativamente o bem-estar dos pacientes com IAF e com cancro em CP.

Hipótese C:

A intervenção da ENF-REAB melhora a performance status dos pacientes com IAF e com cancro em CP.

Hipótese D:

A ENF-REAB diminui a intensidade dos Sintomas nos pacientes com IAF e com cancro em CP.

Após descrição das hipóteses, o próximo capítulo dedica-se ao desenvolvimento e fundamentação da metodologia utilizada.

2.2- TIPO DE ESTUDO

Para um nível de conhecimento pouco aprofundado de determinado tema, a literatura considera que se deve optar por um estudo quantitativo, tendo-se agido em conformidade. Adicionalmente, o estudo quantitativo apoia-se no método científico estando associado a várias etapas de uma investigação, permitindo uma maior precisão, objetividade, comparação e reprodução, generalização a situações semelhantes e a inferência (avaliação e testes de hipóteses).⁹⁷

Complementado as características do presente estudo, este considera-se pré-experimental, não controlado com delineamento de pré-teste e pós-teste, prospetivo, longitudinal e descritivo. O seu desenho permite medir o efeito das variáveis independentes sem, todavia, poder controlar ou manipular de forma sistemática. Estes não têm grupos de controlo para se proceder à comparação. Fortin (1999) realça como limitação a ameaça da validade interna por não se poder eliminar os efeitos à maturação dos sujeitos da amostra.⁹⁶ Todavia, o autor salienta as vantagens, nomeadamente, a oferta de resultados interpretáveis e identifica a possibilidade de permitir controlar a maior parte das ameaças à validade interna.⁹⁶

O estudo considerado é prospetivo por visar a formulação de uma hipótese que se pretende testar no futuro.

2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população “é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...)”.^{96(p.202)} Para o desenvolvimento do presente estudo foi importante definir uma população alvo que refletisse os critérios de seleção anteriormente definidos e através da qual se pretende gerar generalizações. A população alvo raramente se encontra totalmente acessível ao investigador pelo que se impõe a necessidade de definir a população acessível e a amostra. Esta última é definida por um grupo de indivíduos que constitui uma réplica em miniatura da população alvo, preservando as características da população e deste modo, a sua representatividade.

Concretizando, a população alvo é definida pelos pacientes com cancro em CP e a população acessível é caracterizada pelos pacientes hospitalizados no Serviço de Cirurgia Geral e Gastrenterologia do IPOL. Justifica-se a seleção do local por se conciliar o serviço onde exerço a minha profissão por forma a facilitar o desenvolvimento do estudo. Defini uma amostra de 30 pacientes.

O método de amostragem selecionado foi o acidental, privilegiando-se a acessibilidade à amostra num período definido até se alcançar a dimensão pretendida. No presente Estudo este período terá decorrido de 02 de fevereiro de 2022 a 31 de setembro de 2022.

Por definição, o método não probabilístico determina que “cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”^{109(p.208)} incorrendo no risco de ser menos representativo em comparação ao probabilístico, porém é o que melhor se adequa.

Os critérios de inclusão e exclusão que caracterizam a amostra são:

- **Critérios de inclusão:** pacientes que tenham mais de 65 anos de idade; que tenham sido submetidos ou que se encontrem sob tratamento paliativo e/ ou sob acompanhamento pela EIHSCP; com capacidade para compreender os instrumentos de colheita de dados e responder em concordância. Deverá estar presente o diagnóstico de ENF-REAB de IAF.

A incapacidade assume destaque como indicador preditivo de mortalidade em pessoas com ≥ 65 anos com cancro. Esta população identifica frequentemente a sobrecarga de sintomas, IAF e descondicionamento físico como ameaça à integridade da sua independência, motivo pelo qual foram considerados os pacientes com ≥ 65 anos de idade.^{6,37,98}

O acompanhamento pela EIHSCP implica um processo prévio de tomada de decisão relativamente ao plano terapêutico do paciente com envolvimento da equipa multidisciplinar. Este critério de inclusão reconhece em si mesmo a sua fragilidade na medida em que a referenciação para a EIHSCP é exclusivamente médica e, na sua ausência, poderia constituir-se como uma limitação na acessibilidade à amostra e consecutivamente ameaçar o desenvolvimento do Estudo. Desta forma foi submetida uma adenda ao Projeto de Proposta de Dissertação de Mestrado à Comissão de Ética do IPO de Lisboa e FMUL com parecer positivo que se remete para Anexo III e Anexo VI, respetivamente, pelo que foram integrados pacientes submetidos a tratamentos paliativos (cirurgia paliativa, quimioterapia e radioterapia paliativa, entre outros procedimentos).

A capacidade de compreender os instrumentos de colheita de dados é importante ser identificada como critério de inclusão na medida em que se recorre à autoavaliação de uma sensação subjetiva.

A IAF, como explorado anteriormente, constitui-se um diagnóstico de ENF-REAB, definido no seu Padrão Documental com critérios de avaliação definidos.

- **Crítérios de exclusão:** paciente que se encontre em fase agónica na sua trajetória de doença, pacientes em *delirium*/ estado confusional e que verbalizem descontrolo sintomático, nomeadamente dor, náuseas /vómitos – ou qualquer outro que inviabilize a intervenção do EEER.

A evolução para a fase agónica na trajetória de doença não prevê o retrocesso neste processo. Na maioria dos casos tem uma duração de horas ou de dias, podendo variar de 1 a 14 dias. Esta fase caracteriza-se pelo agravamento clínico de sintomas previamente existentes e pelo aparecimento de novos sintomas.⁹⁹ Identifica-se uma deterioração evidente do estado físico com alterações do estado de consciência e cognitivo; falência de múltiplos órgãos e sintomas psicoemocionais.

Foi reportado por Lawlor (2000) que o *delirium* foi diagnosticado em 48% dos pacientes no momento do internamento.¹⁰⁰ O *delirium* é uma síndrome que afeta a cognição e a atenção. Há uma diminuição do nível de consciência, uma atividade psicomotora anormalmente aumentada ou diminuída, uma perturbação do ciclo sono-vigília e outras perturbações cognitivas e da percepção.¹⁰¹ Deste modo a presença desta síndrome não viabiliza a aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

O descontrolo sintomático deve ser alvo de avaliação previamente à intervenção do EEER de modo que esta não contribua para o agravamento dos sintomas com impacto na sensação de bem-estar do paciente.

2.4- VARIÁVEIS

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores com a finalidade de compreender como e porquê mudam, e como se correlacionam aos diferentes valores de outras variáveis.^{96,97}

As variáveis independentes e dependentes encontram-se associadas ao estudo do tipo experimental (pré-experimental no presente estudo), no sentido em que se influenciam mutuamente. Esta relação reflete-se na formulação de hipóteses.⁹⁶

A variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente.⁸⁸ Na presente Dissertação de Mestrado enumeram-se as variáveis independentes: Idade, género, tipo de cancro, tempo decorrido desde o diagnóstico,

tratamentos a que os pacientes foram submetidos, tipo de medicação / esquema terapêutico, terapêutica em *pro-re-nata*, motivo de internamento.

A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente sendo considerada o comportamento, a resposta ou o resultado observado que se deve à variável independente.⁹⁶ As variáveis dependentes consideradas foram: IAF (medida pela subcategoria do Cansaço na ESAS, FC e FR); *PPS* (medida pela *Palliative Performance Scale*) e restantes sintomas (ESAS).

2.5- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos selecionados do presente estudo para colheita de dados são:

1. No âmbito da *Performance status: PPS* (Anexo I).
2. No contexto da avaliação de sintomas: ESAS (Anexo II).
3. No âmbito da IAF:

3.1. Critérios de diagnóstico validados pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de ENF-REAB^{31(p.37)}, a mencionar: “Avaliar um esforço e passado 3 minutos a pulsação não regressa aos valores habituais; consegue tolerar as atividades diárias; tem dificuldade em completar as atividades diárias; consegue terminar as atividades diárias; apresenta cansaço fácil na realização das atividades diárias; os movimentos corporais são cansativos; percorre distâncias curtas (<100m); moderadas (>100 < 500m) e longas (>500m); sente cansaço fácil e recupera a energia após descanso”. A avaliação da IAF no processo digital do paciente (SClinico) é realizada mediante o preenchimento de uma escala com os itens apresentados previamente, correspondendo a cada um deles a opção de selecionar o “sim” ou “não”. Na afirmação de um deles, o diagnóstico de IAF é considerado presente.

3.2. FC (basal, de treino e máxima)

3.3. FR (basal e após intervenção do especialista em Enfermagem de Reabilitação).

A seleção destes instrumentos de colheita de dados deveu-se ao facto de se constituírem um recurso frequente na prestação de cuidados em Medicina Paliativa, encontrando-se refletida no formulário de colheita de dados (Anexo XI). Evidencia-se a facilidade na sua aplicação pelos pacientes se encontrarem familiarizados com estes instrumentos, o que também reduz o risco de enviesamento da informação obtida.

A utilização de métodos mais simples é recomendada nas últimas semanas de vida, à exceção de métodos de maior complexidade cuja aplicação não se recomenda no último mês de vida.¹⁰²

2.6- PROCEDIMENTO:

Foi realizado pedido de desenvolvimento da Dissertação de Mestrado à Comissão de Ética do IPOL e Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa mediante envio da documentação requerida para o efeito. Foi emitido parecer positivo por ambas.

Recorreu-se à utilização de um delineamento de **pré-teste** (01) e **pós-teste** (02), sem recurso a grupo de controlo. Foi realizada uma **avaliação inicial** (01), **experimento** - prestação de cuidados de ENF-REAB (X) e **re-avaliação** (02), obedecendo ao esquema **01 X 02**.

O **pré-teste** (01) incide na avaliação inicial realizada pelo especialista em ENF-REAB mediante a aplicação de instrumentos de colheita de dados: avaliação da IAF; ESAS; FC; FR e PPS.

Os **cuidados de ENF-REAB** representam o “X” e concebeu-se a sua integração no plano de cuidados, mediante a individualidade do paciente, no âmbito das técnicas de conservação de energia e reeducação ao esforço. O **pós-teste** (02) foi conduzido pela aplicação dos instrumentos previamente apresentados, no entanto, em tempos determinados para o efeito. Deste modo, pretende-se a re-avaliação da ESAS, FC e FR imediatamente após o *terminus* da intervenção. A aplicação da PPS foi efetuada no dia seguinte à intervenção por considerar que as TCE poderão apresentar efeitos para além dos imediatos.

Pretendeu-se que este procedimento fosse aplicado numa frequência diária durante o período de internamento, prevenindo-se a sua suspensão na alta clínica, transferência ou progressão para fase agónica.

2.7- PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram estruturados e processados mediante a construção de uma tabela para os organizar e sistematizar em formato de SPSS versão 28.0 para Windows.

Foram aplicadas técnicas de estatística inferencial, de considerar:

- Frequências: absolutas e relativas;
- Medidas de tendência central: média, moda e mediana;

- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, variância e amplitude;
- Coeficientes: correlação de Spearman e estudo de influência pelo método

Stepwise.

- Testes de hipóteses: teste de Wilcoxon.

2.8- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

O estudo foi aprovado pelas Comissão de ética do IPOL e da FMUL (Anexo III e Anexo VI). Foi autorizado pela Unidade de Investigação clínica do IPOL (Anexo IV). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento após esclarecimento cabal do estudo (Anexo VII).

3- RESULTADOS

3.1- TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

3.1.1- Caracterização da Amostra

O presente capítulo destina-se à apresentação dos dados obtidos na aplicação dos instrumentos de colheita fundamentados anteriormente, em associação ao tratamento estatístico dos mesmos.

Caracterizando a amostra, identifica-se que este estudo contou com a participação de 30 pacientes, 60% do género masculino e 40% do género feminino com uma média de 77 anos de idade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição de frequências: Idade

N	Válido	30
	Omisso	72
Média		76,73
Mediana		77,00
Moda		85
Erro Desvio		7,296
Variância		53,237
Mínimo		65
Máximo		88
Percentis	25	71,00
	50	77,00
	75	85,00

Na referida amostra, a taxa de literacia foi de 96,7% correspondendo o ensino básico à habilitação literária mais prevalente (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Habilitações Literárias



Associa-se um índice de reforma de 100%. Concluiu-se que 20% constitui agregado unipessoal e 73,3% vive com cuidador informal (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de frequências: Agregado Familiar

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sozinho	6	5,9	20,0	20,0
	Institucionalizado	1	1,0	3,3	23,3
	Conjuge	16	15,7	53,3	76,7
	Com Cuidador Formal	1	1,0	3,3	80,0
	Com Cuidador Informal	6	5,9	20,0	100,0
	Total	30	29,4	100,0	
Omisso	Sistema	72	70,6		
Total		102	100,0		

De salientar as múltiplas comorbilidades sendo que 42% agrega antecedentes pessoais cardiovasculares, gastrointestinais e endócrinos (Tabela 6) e 46,7% apresentam hábitos de risco numa distribuição de 64% para consumo tabágico e 36% para consumo etílico. Objetivou-se que 30% desta amostra foi submetida a, pelo menos, uma cirurgia (as ortopédicas foram as mais prevalentes), e 70% a, pelo menos, um tratamento no âmbito da Oncologia (Tabela 7).

Tabela 6 - Distribuição de frequências: Antecedentes Pessoais

Antecedentes Pessoais	Percentagem (%)
Cardiovascular	20,6
Gastrointestinal	10,8
Endócrina	10,6
Musculosquelética	9,8
Perturbações psiquiátricas e psicológicas	5,9
Neurológica	4,9
Respiratória	4,9
Renal	3,9
Cerebrovascular	2,0
Hematológica	2,0

Tabela 7 - Distribuição de frequências: Quimioterapia e Radioterapia

Tratamento	QT (Adjuvante e Neoadjuvante)	QT Hipertérmica	QT Paliativa	RT (Adjuvante e Neoadjuvante)	RT Paliativa	QT e RT simultaneamente
Frequência	14	6	2	15	4	7

O cancro mais prevalente foi o Carcinoma (Tabela 8) e foi objetivada metastização em 40% da amostra. Desta, 47% apresenta metastização múltipla onde se inclui e destaca a carcinomatose peritoneal (Gráfico 2). Destaca-se o recurso a procedimentos endoscópicos (Gráfico 3) e à cirurgia paliativa (63,3%), cujos procedimentos cirúrgicos se encontram analisados na Tabela 9.

Tabela 8 - Distribuição de frequências: Tipo de Cancro

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Carcinoma	18	17,6	60,0	60,0
	Sarcoma	6	5,9	20,0	80,0
	Melanoma Maligno	3	2,9	10,0	90,0
	Pseudomixoma	2	2,0	6,7	96,7
	Mesotelioma	1	1,0	3,3	100,0
	Total	30	29,4	100,0	
Omisso	Sistema	72	70,6		
Total		102	100,0		

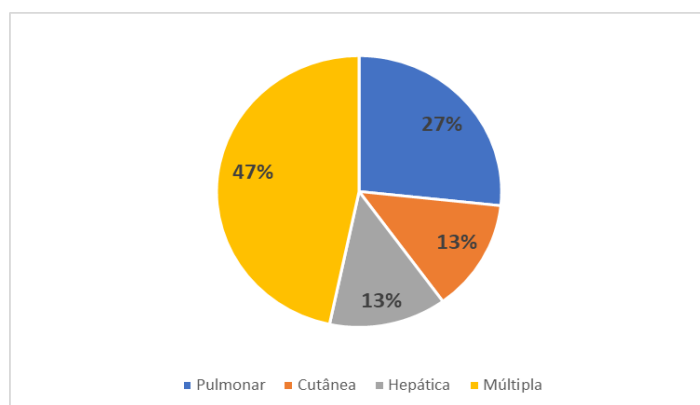
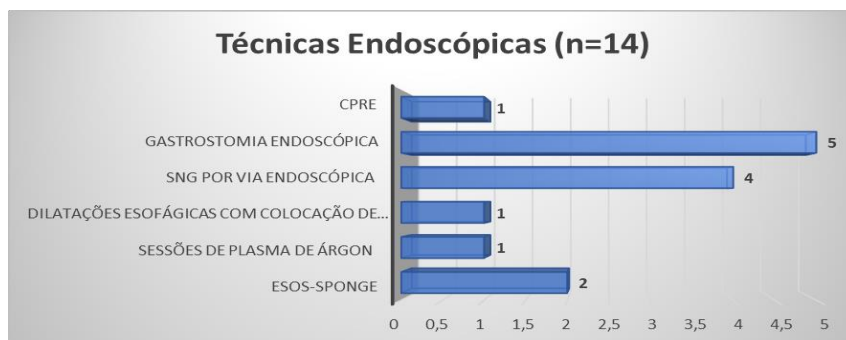
Gráfico 2 – Metastização

Gráfico 3 - Técnicas Endoscópicas**Tabela 9 - Distribuição de frequências: Cirurgias**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sem Cirurgia	11	10,8	36,7	36,7
	Citorredução	4	3,9	13,3	50,0
	Perfusão Isolada do Membro	4	3,9	13,3	63,3
	Excisão de recidivas (com e sem biópsias)	5	4,9	16,7	80,0
	Enterectomia Segmentar	2	2,0	6,7	86,7
	Laparotomia Exploradora	1	1,0	3,3	90,0
	Resseção Anterior do Reto (Hartmann)	1	1,0	3,3	93,3
	Exenteração Pélvica	1	1,0	3,3	96,7
	Resseção Abdominoperineal	1	1,0	3,3	100,0
	Total	30	29,4	100,0	
Omisso	Sistema	72	70,6		
Total		102	100,0		

Na análise da terapêutica regular de ambulatório identificou-se polimedicação em 73% da amostra em estudo com recurso comum a estatinas, protetores gástricos, anticoagulantes, antihipertensores, antidiabéticos orais e insulina e utilização escassa de terapêutica opióide (27%), fármacos listados na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição de frequências da Terapêutica Opióide regular

Terapêutica Opióide regular (esquema)	Frequência
Buprenorfina TD	1
Fentanilo TD	5
Tramadol	1

Tramadol + Paracetamol	1
------------------------	---

Relativamente ao recurso a terapêutica *pro re nata* (PRN), identificou-se que fora prescrita para controlo sintomático exclusivamente direcionada para a dor (86%) com recurso a 10% de terapêutica opióide e náuseas / vômitos (14%). As vias de administração encontram-se analisadas no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Vias de Administração da Terapêutica *pro re nata*



Verificou-se uma média de 27 dias de internamento (Tabela 11), encontrando-se o motivo primordialmente associado ao controlo sintomático (86,7%), analisado na Tabela 12.

Tabela 11 - Dias de Internamento

N	Válido	30
	Omisso	72
Média		26,53
Mediana		13,00
Moda		5
Erro Desvio		33,857
Variância		1146,326
Mínimo		1
Máximo		154

Tabela 12 - Distribuição de frequências: Motivo de Internamento

Motivo de internamento	Frequência	Porcentagem
Controlo Sintomático (Eletivo)	21	70%
Controlo Sintomático (Urgência)	5	16,67%
Controlo sintomático e exaustão do Cuidador	1	3,33%
Vigilância após técnica endoscópica	3	10%

Total	30	100%
-------	----	------

Concluiu-se que somente 27% da amostra foi referenciada para CP (96,7% para EIHS CP e 3,3% para Consulta Externa), associando-se um tempo médio de referenciação de 43,6 dias (entre 1 a 150 dias) desde o diagnóstico de recidiva e / ou de progressão de doença. Foi apurado um total de sete óbitos, dos quais cinco ocorreram em contexto do internamento e dois num período inferior a 30 dias após a transferência para UCP e Hospital da área de residência. O tempo médio que distou entre a referenciação e o óbito foi de 10 dias (compreendido entre um período de 3 a 19 dias). O tempo médio entre o diagnóstico inicial e a morte foram 11 meses, identificando-se um período mínimo de 2 meses e um máximo de 26 meses.

De referir que 36,6% da amostra foi transferida para outra Unidade de Saúde e 53,3% teve alta para domicílio (Tabela 13). O processo de preparação para a alta contemplou a realização de 26,7% de conferências familiares em colaboração com ENF-REAB e foi garantida a continuidade de cuidados em CP exclusivamente em 13,3% da amostra.

Tabela 13 - Distribuição de frequências: Alta

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Óbitos	5	4,9	16,7	16,7
	Transferência para outro Serviço Hospitalar	5	4,9	16,7	33,3
	Domicílio	14	13,7	46,7	80,0
	Domicílio com Cuidador Formal	1	1,0	3,3	83,3
	Domicílio com Cuidador Informal	1	1,0	3,3	86,7
	RNCCI	2	2,0	6,7	93,3
	UCP	1	1,0	3,3	96,7
	Unidade de Saúde Privada	1	1,0	3,3	100,0
	Total	30	29,4	100,0	
Omisso	Sistema	72	70,6		
Total		102	100,0		

3.1.2- Análise da Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Direcionando para a **análise da intervenção** de ENF-REAB no formato (01) X (02), validou-se a realização de um total de 101 intervenções a uma amostra de 30 pacientes tendo-se concretizado pelo menos uma sessão a cada um destes, embora o número de sessões não

tenha sido homogêneo. Objetivou-se uma média de 57,57 minutos de intervenção, balizados por um período mínimo de 30 minutos e um máximo de 90 minutos e uma moda de 60 minutos para este conjunto de dados. A intervenção de ENF-REAB foi direcionada de acordo com os critérios de inclusão previamente apresentados tendo integrado o recurso a diversas técnicas, por sua vez analisadas na Tabela 14.

Tabela 14 - Técnicas de Enfermagem de Reabilitação

Técnicas de Reabilitação	Frequência
Posição de conforto e relaxamento	76
Correção postural	85
Controlo e dissociação dos tempos respiratórios	67
Reeducação costal seletiva	43
Respiração abdomino diafragmática	32
Reeducação diafragmática	26
Reeducação costal global	9
Tosse	48
Levante	61
Treino de verticalidade	27
Treino de transferências	32
Técnicas de Conservação de Energia	101
Treino de marcha	51
Mobilização ativa assistida	54
Mobilização ativa resistida	34
Mobilização passiva	8
Treino de AVD	29
Treino de equilíbrio	61
Mobilizações ativas livres	2
Exercícios isométricos	34
Ponte	14
Prevenção de complicações	101
Treino de levantar/sentar	37
Adaptação a dispositivos de marcha	22
Treino do cuidador	8
Massagem terapêutica	2
Treino de pedaleira	2
Oscilações pélvicas	2
Treino de alternância de decúbitos	61
Treino de subir / descer escadas	1

3.1.2.1- Variáveis avaliadas

Para analisar a influência da IAF na QDV desta amostra, na primeira abordagem com o paciente, previamente à intervenção, foi colocada a questão, “Como sente que a IAF interfere com a sua QDV numa escala de 0 a 10?” (onde 0 se associou à ausência de identificação entre ambas as variáveis e 10 à intensidade máxima na sua correlação). Verificou-se uma distribuição de frequências entre os scores cinco e dez na ausência de respostas direcionadas para scores inferiores a cinco (Tabela 15).

Tabela 15 - Influência da Intolerância à Atividade Física na Qualidade de Vida

N	Válido	30
	Omisso	72
Média		8,73
Mediana		9,00
Moda		10
Erro Desvio		1,413
Variância		1,995
Mínimo		5
Máximo		10

A **FR** e a **FC** encontram-se analisadas nas Tabelas 16 e 17, respetivamente.

Tabela 16 - Frequência Respiratória (01) e Frequência Respiratória (02)

		FR (01)	FR (02)
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		18,40	17,75
Mediana		18,00	18,00
Moda		16	16
Erro Desvio		3,647	3,176
Variância		13,302	10,088
Intervalo		16	14
Mínimo		12	12
Máximo		28	26
Percentis	25	16,00	16,00
	50	18,00	18,00
	75	20,50	20,00

Tabela 17 - Frequência Cardíaca (01) e Frequência Cardíaca (02)

		FC (01)	FC (02)
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		87,12	89,64
Mediana		88,00	89,00
Moda		96	85 ^a
Erro Desvio		13,876	14,971
Variância		192,546	224,132
Intervalo		70	80
Mínimo		58	55
Máximo		128	135
Percentis	25	77,00	79,50
	50	88,00	89,00
	75	96,00	98,50
a. Ha vários modos. O menor valor é mostrado			

A **Escala de ESAS** apresenta subcategorias que foram avaliadas previamente à intervenção de ENF-REAB, constituindo-se a avaliação inicial (01), e no final desta, correspondendo à avaliação final (02). A avaliação de cada item variou de 0 a 10, correspondendo o 0 à ausência de sintoma e 10 à sua intensidade mais severa, descrita como a pior possível. A análise de cada subcategoria foi estruturada na apresentação de duas Tabelas, respetivamente com identificação da média, mediana, moda, desvio padrão, variância, intervalo, mínimo, máximo e percentis e distribuição de frequências com agrupamento dos dados nos scores de 0 a 3, 4 a 6 e 7 a 10 de modo a estabelecer-se uma correspondência qualitativa, respetivamente, ligeira, moderada e severa ou grave.

- Dor (Tabela 18 e 19)

Tabela 18 - Distribuição de Frequências: ESAS Dor (01) e ESAS Dor (02)

ESAS Dor (01)	Frequência	ESAS Dor (02)	Frequência
0	53	0	64
1 a 3	35	1 a 3	33
4 a 6	10	4 a 6	2
7 a 10	3	7 a 10	2

Tabela 19 - ESAS Dor (01) e ESAS Dor (02)

		ESAS - Dor (01): Identificada em 48 sessões	ESAS - Dor (02): Identificada em 37 sessões
N	Válido	98	101
	Omisso	4	1
Média		1,54	,99
Mediana		,00	,00
Moda		0	0
Erro Desvio		2,021	1,533
Variância		4,086	2,350
Intervalo		9	7
Mínimo		0	0
Máximo		9	7
Percentis	25	,00	,00
	50	,00	,00
	75	3,00	2,00

- Cansaço (Tabela 20 e 21)

Tabela 20 - Distribuição de Frequências: ESAS Cansaço (01) e ESAS Cansaço (02)

ESAS Cansaço (01)	Frequências	ESAS Cansaço (02)	Frequências
0	13	0	12
1 a 3	27	1 a 3	39
4 a 6	37	4 a 6	41
7 a 10	19	7 a 10	14

Tabela 21 - Cansaço (01) e Cansaço (02)

		ESAS - Cansaço (01): Identificada em 88 sessões	ESAS - Cansaço (02): Identificada em 89 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		4,26	3,67
Mediana		5,00	3,00
Moda		5	3
Erro Desvio		2,575	2,103
Variância		6,633	4,422
Intervalo		10	9
Mínimo		0	0
Máximo		10	9
Percentis	25	2,50	3,00

50	5,00	3,00
75	6,00	5,00

- Depressão (Tabela 22 e 23)

Tabela 22 - Distribuição de Frequências: ESAS Depressão (01) e ESAS Depressão (02)

ESAS Depressão (01)	Frequências	ESAS Depressão (02)	Frequências
0	42	0	42
1 a 3	10	1 a 3	20
4 a 6	23	4 a 6	24
7 a 10	21	7 a 10	15

Tabela 23 - Depressão (01) e Depressão (02)

		ESAS - Depressão (01): Identificada em 59 sessões	ESAS - Depressão (02): Identificada em 59 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		3,22	2,79
Mediana		3,00	2,00
Moda		0	0
Erro Desvio		3,258	2,886
Variância		10,612	8,326
Intervalo		10	9
Mínimo		0	0
Máximo		10	9
Percentis	25	,00	,00
	50	3,00	2,00
	75	6,00	5,00

- Ansiedade (Tabela 24 e 25)

Tabela 24 - Distribuição de Frequências: ESAS Ansiedade (01) e ESAS Ansiedade (02)

ESAS Ansiedade (01)	Frequências	ESAS Ansiedade (02)	Frequências
0	61	0	66
1 a 3	18	1 a 3	20
4 a 6	9	4 a 6	14
7 a 10	13	7 a 10	1

Tabela 25 - Ansiedade (01) e Ansiedade (02)

		ESAS - Ansiedade (01): Identificada em 40 sessões	ESAS - Ansiedade (02): Identificada em 35 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		2,03	1,16
Mediana		,00	,00
Moda		0	0
Erro Desvio		3,015	1,815
Variância		9,089	3,295
Intervalo		10	7
Mínimo		0	0
Máximo		10	7
Percentis	25	,00	,00
	50	,00	,00
	75	3,00	2,00

- Sonolência (Tabela 26 e 27)

Tabela 26 - Distribuição de Frequências: ESAS Sonolência (01) e ESAS Sonolência (02)

ESAS Sonolência (01)	Frequências	ESAS Sonolência (02)	Frequências
0	83	0	83
1 a 3	3	1 a 3	3
4 a 6	6	4 a 6	15
7 a 10	9	7 a 10	0

Tabela 27 - Sonolência (01) e Sonolência (02)

		ESAS - Sonolência (01): Identificada em 18 sessões	ESAS - Sonolência (02): Identificada em 18 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		1,08	,87
Mediana		,00	,00
Moda		0	0
Erro Desvio		2,444	1,927
Variância		5,974	3,713
Intervalo		8	6
Mínimo		0	0
Máximo		8	6
Percentis	25	,00	,00
	50	,00	,00

75	,00	,00
----	-----	-----

- Falta de apetite (Tabela 28 e 29)

Tabela 28 - Distribuição de Frequências: Falta de apetite (01) e Falta de apetite (02)

ESAS Falta de apetite (01)	Frequências	ESAS Falta de apetite (02)	Frequências
0	83	0	83
1 a 3	9	1 a 3	9
4 a 6	21	4 a 6	21
7 a 10	13	7 a 10	13

Tabela 29 - Falta de apetite (01) e Falta de Apetite (02)

		ESAS – Falta de apetite (01): Identificada em 43 sessões	ESAS – Falta de apetite (02): Identificada em 43 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		2,20	2,20
Mediana		,00	,00
Moda		0	0
Erro Desvio		2,853	2,853
Variância		8,140	8,140
Intervalo		8	8
Mínimo		0	0
Máximo		8	8
Percentis	25	,00	,00
	50	,00	,00
	75	5,00	5,00

- Falta de ar (Tabela 30 e 31)

Tabela 30 - Distribuição de Frequências: Falta de ar (01) e Falta de ar (02)

ESAS Falta de ar (01)	Frequências	ESAS Falta de ar (02)	Frequências
0	98	0	99
1 a 3	0	1 a 3	2
4 a 6	3	4 a 6	0
7 a 10	0	7 a 10	0

Tabela 31 - Falta de ar (01) e Falta de ar (02)

		ESAS – Falta de ar (01): Identificada em 3 sessões	ESAS – Falta de ar (02): Identificada em 2 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		,14	,06
Mediana		,00	,00
Moda		0	0
Erro Desvio		,800	,420
Variância		,641	,176
Intervalo		5	3
Mínimo		0	0
Máximo		5	3
Percentis	25	,00	,00
	50	,00	,00
	75	,00	,00

- Bem-estar (Tabela 32 e 33)

Tabela 32 - Distribuição de Frequências: ESAS Bem-estar (01) e Bem-estar (02)

ESAS Bem-estar (01)	Frequências	ESAS Bem-estar (02)	Frequências
0	20	0	26
1 a 3	23	1 a 3	46
4 a 6	39	4 a 6	27
7 a 10	18	7 a 10	1

Tabela 33 - Bem-Estar (01) e Bem-Estar (02)

		ESAS - Bem-estar (01) – Identificado em 81 sessões	ESAS - Bem-estar (02) – Identificado em 75 sessões
N	Válido	101	101
	Omisso	1	1
Média		3,87	2,50
Mediana		4,00	2,00
Moda		0 ^a	0
Erro Desvio		2,663	1,927
Variância		7,093	3,712
Intervalo		9	7
Mínimo		0	0
Máximo		9	7
Percentis	25	2,00	,00
	50	4,00	2,00
	75	5,50	4,00
a. Ha vários modas. O menor valor é mostrado			

3.1.3- Comparação e Correlação entre Variáveis

Após a análise apresentada, progrediu-se para a comparação e correlação entre variáveis.

- **Correlação FR e FC**

Para estudar a correlação entre as variáveis, FR e FC na avaliação inicial (01) e final (02), foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (no caso de duas variáveis numéricas ou uma numérica e outra ordinal) cuja análise se remete para a Tabela 34, onde se conclui que todas as variáveis se correlacionam entre si de forma positiva e estatisticamente significativa ($p \leq .05$).

Tabela 34 - Correlações entre Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca

	FR (02)		FC (01)		FC (02)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	P
FR (01)	.84***	<.001	.52***	<.001	.38***	<.001
FR (02)			.46***	<.001	.55***	<.001
FC (01)					.81***	<.001

*** $p \leq .001$.

- **Correlações entre a FR e FC e Sintomas (subcategorias da ESAS)**

Para estudar a correlação entre as variáveis, FR, FC e Sintomas (subcategorias da ESAS) na avaliação inicial (01) e final (02), foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (no caso de duas variáveis numéricas ou uma numérica e outra ordinal), cuja análise se remete para a Tabela 35, tendo-se concluído que:

A **FR (01)** correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Falta de apetite (01) e (02) e o Bem-estar (01), sendo que quanto maior é o valor da FR (01), maior é o valor da Falta de apetite nos dois momentos de avaliação (01) e (02) e maior o valor do Bem-estar (01).

A **FR (02)** correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Depressão (02), com a Falta de apetite (01) e (02), pelo que quanto maior é o valor da FR 02, maior é o valor da Falta de apetite (01) e (02) e da Depressão (02).

A **FC (01)** correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Sonolência (02), a Falta de apetite (01) e (02) e o Bem-estar (02), sendo que quanto maior é o valor da FC (01), maior é o valor da Sonolência e do Bem-estar no segundo momento (02) e da Falta de apetite (01) e (02).

A **FC (02)** correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Falta de apetite (01) e (02), pelo que quanto maior é o valor da FC (02), maior é o valor da Falta de apetite (01) e (02).

Tabela 35 - Correlação entre Frequência Respiratória, Frequência Cardíaca e Sintomas (subcategorias da ESAS)

	FR (01)		FR (02)		FC (01)		FC (02)	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	P
Dor (01)	.09	.390	.04	.687	-.07	.515	-.10	.0304
Dor (02)	.16	.101	.20*	.042	.06	.544	.08	.428
Cansaço (01)	.01	.899	-.04	.713	.09	.394	-.07	.506
Cansaço (02)	.02	.880	.11	.295	.04	.665	.04	.684
Depressão (01)	.18	.075	.10	.321	.14	.151	.06	.547
Depressão (02)	.15	.136	.08	.408	.15	.149	.06	.531
Ansiedade (01)	.03	.742	-.04	.670	.17	.091	.08	.428
Ansiedade (02)	.02	.867	-.05	.592	.12	.242	.03	.770
Sonolência (01)	-.09	.376	-.07	.521	.19	.056	.15	.140
Sonolência (02)	-.09	.360	-.07	.521	.21*	.038	.16	.115
Falta de apetite (01)	.26**	.009	.20*	.050	.40***	<.001	.30**	.002
Falta de apetite (02)	.26**	.009	.20*	.050	.40***	<.001	.30**	.002
Bem-estar (01)	.23*	.020	.10	.325	.19	.059	.03	.773
Bem-estar (02)	.19	.056	.12	.234	.22*	.025	.08	.450
Falta de ar (01)	.11	.265	.11	.279	.09	.388	-.03	.805
Falta de ar (02)	.03	.741	.07	.477	.02	.846	-.06	.569

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$;
 *** $p \leq .001$.

• Comparação entre Sintomas

Como a distribuição dos dados não segue a distribuição normal, optou-se pela utilização de testes não paramétricos. Para a comparação dos **Sintomas (subcategorias da ESAS)** na avaliação inicial (01) e final (02) (2 amostras emparelhadas) utilizou-se o teste Wilcoxon cujos resultado se encontram apresentados na Tabela 36. Conclui-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação ao nível de todos os sintomas com exceção da Falta de apetite e da Falta de ar. De entre as variáveis que variaram estatisticamente, os resultados mostram que os valores são superiores na primeira avaliação com exceção da FC e da PPS em que os valores são superiores na segunda avaliação.

Tabela 36 - Comparação de Sintomas (subcategorias da ESAS) no seu momento inicial (01) e final (02)

	Inicial (01)		Final (02)		Z	P
	M	DP	M	DP		
FR	18.40	3.65	17.75	3.18	-2.973**	.003
FC	87.12	13.88	89.64	14.97	-2.891**	.004
Dor	1.60	2.07	.99	1.53	-3.858***	<.001
Cansaço	4.26	2.58	3.67	2.10	-2.139*	.032
Depressão	3.22	3.26	2.79	2.89	-4.183***	<.001
Ansiedade	2.03	3.02	1.16	1.82	-4.671***	<.001
Sonolência	1.08	2.44	.87	1.93	-2.694**	.007
Falta de petite	2.20	2.85	2.20	2.85	.000	1.000
Bem-estar	3.87	2.66	2.50	1.93	-6.241***	<.001
Falta de ar	.14	.80	.06	.42	-1.633	.102
PPS	53.33	18.82	61.00	16.47	-2.801**	.005
ENF-REAB	18.40	12.12	14.25	9.06	-6.532***	<.001

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

- **Influência dos Sintomas no Bem-estar**

Foi utilizada uma regressão linear múltipla, pelo método *Stepwise*, para testar a influência dos Sintomas (Dor, Cansaço, Depressão, Ansiedade, Sonolência Falta de Apetite, Falta de ar) no Bem-estar. Para tal foram usados os valores associados à avaliação inicial (01), previamente à intervenção da ENF-REAB, para não enviesar a análise.

A análise de regressão linear múltipla permitiu um modelo com R quadrado ajustado de 46.6% e $F(4; 96) = 22.810$; $p < .001$, que inclui as variáveis Depressão (01), Falta de apetite (01), Cansaço (01) e Ansiedade (01).

O modelo mostra que os sintomas Depressão (01) ($p < .001$), Falta de apetite (01) ($p = .016$), Cansaço (01) ($p = .015$) e Ansiedade (01) ($p = .036$) explicam em 46.6% a variância do resultado do Bem-estar (01). O modelo mostra que valores mais elevados de Depressão, Apetite, Cansaço e Ansiedade no primeiro momento de avaliação aumentam o valor do Bem-estar (01).

- **Correlação entre Sintomas**

Para estudar a correlação entre os Sintomas (subcategorias da ESAS) na avaliação inicial (01), foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (no caso de duas variáveis numéricas ou uma numérica e outra ordinal), análise evidenciada na Tabela 37.

Conclui-se que a Ansiedade (01) correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Depressão (01), sendo que quanto maior é o valor da Ansiedade, maior é o valor da Depressão.

A Sonolência (01) correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o Cansaço (01), sendo que quanto maior é o valor da sonolência, maior é o valor do Cansaço (01) e da Depressão (01).

A Falta de apetite (01) correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o Cansaço (01), a Depressão (01), a Ansiedade (01) e a Sonolência (01), sendo que quanto maior é o valor da Falta de apetite (01), maior é o valor do Cansaço (01), da Depressão (01), da Ansiedade (01) e da Sonolência (01).

O Bem-estar (01) correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o Cansaço (01), a Depressão (01), a Ansiedade (01), a Sonolência (01) e a Falta de apetite (01), sendo que quanto maior é o valor do Bem-estar, maior é o valor do Cansaço (01), da Depressão (01), da Ansiedade (01), da Sonolência (01) e da Falta de apetite (01).

A Falta de ar (01) correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a Ansiedade (01) com $r_s = .27$; $p = .007$ e o Bem-estar com $r_s = .26$; $p = .010$, sendo que quanto maior é o valor da Falta de ar (01), maior é o valor da Ansiedade (01) e do Bem-estar (01).

Tabela 37 - Correlação entre Sintomas (subcategorias da ESAS) na avaliação inicial (01)

	Cansaço (01)		Depressão (01)		Ansiedade (01)		Sonolência (01)		Apetite (01)		Bem-estar (01)		Falta de ar (01)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Dor (01)	.06	.567	.08	.455	.06	.586	-.08	.457	-.03	.753	.13	.193	.13	.199
Cansaço (01)			.19	.055	.12	.241	.34***	<.001	.33***	<.001	.36***	<.001	.16	.109
Depressão (01)					.54***	<.001	.32***	.001	.49***	<.001	.59***	<.001	.13	.185
Ansiedade (01)							.13	.214	.38***	<.001	.43***	<.001	.27**	.007
Sonolência (01)									.40***	<.001	.36***	<.001	.09	.362
Apetite (01)											.53***	<.001	.08	.427
Bem-estar (01)													.26**	.010

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

3.1.4- Testar as Hipóteses

Para testar a hipótese A “a intervenção da ENF-REAB influencia a redução do cansaço dos pacientes com IAF e com cancro em CP”, foi realizada a comparação da avaliação inicial do cansaço (01) previamente à intervenção da ENF-REAB e após a intervenção desta que remete para a avaliação final do cansaço (02). Foi aplicado o teste Wilcoxon tendo-se verificado que não existe diferença estatisticamente significativa ($p > \alpha$), porém não se rejeita a hipótese na medida em que as classificações positivas (associadas à diminuição do cansaço) superam as negativas (associadas ao aumento do cansaço). Os resultados obtidos permitem afirmar que a intervenção da Enfermagem de Reabilitação influencia a redução do cansaço dos pacientes com IAF e cancro em CP”. Apesar dos resultados obtidos, configura-se necessário efetuar uma reflexão sobre os mesmos, por sua vez, apresentada no capítulo seguinte. A fundamentação sustenta-se nas Tabelas 38, 39 e 40

Tabela 38 - Estatística Descritiva (Hipótese A)

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25o.	50º (Mediana)	75º
ESAS - Cansaço (01)	101	4,26	2,575	0	10	2,50	5,00	6,00
ESAS - Cansaço (02)	101	3,67	2,103	0	9	3,00	3,00	5,00

Tabela 39 - Postos (Hipótese A)

		N	Posto Médio	Soma de Classificações
ESAS - Cansaço (01) - ESAS - Cansaço (02)	Classificações Negativas	31 ^a	37,97	1177,00
	Classificações Positivas	49 ^b	42,10	2063,00
	Empates	21 ^c		
	Total	101		
a. ESAS - Cansaço (01) < ESAS - Cansaço (02)				
b. ESAS - Cansaço (01) > ESAS - Cansaço (02)				
c. ESAS - Cansaço (01) = ESAS - Cansaço (02)				

Tabela 40 - Estatísticas de Teste (Hipótese A)

	ESAS - Cansaço (01) - ESAS - Cansaço (02)
Z	-2,139 ^b
Significância Sig. (bilateral)	,032
Sig exata (bilateral)	,032
Sig exata (unilateral)	,016
Probabilidade de ponto	,000
a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
b. Com base em postos negativos.	

Para testar a hipótese B “A intervenção da Enfermagem de Reabilitação melhora o bem-estar dos pacientes com IAF e com cancro em CP”, foi realizada a comparação da avaliação inicial do bem-estar (01) previamente à intervenção da ENF-REAB e após a intervenção desta que, por sua vez, remete para a avaliação final do bem-estar (02). Foi aplicado o teste Wilcoxon tendo-se verificado que existe diferença estatisticamente significativa ($p < \alpha$). Os resultados obtidos permitem afirmar que a intervenção da Enfermagem de Reabilitação melhora significativamente o bem-estar dos pacientes com IAF e com cancro em CP”. A fundamentação é suportada pelas Tabelas 41, 42 e 43.

Tabela 41 - Estatística Descritiva (Hipótese B)

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25o.	50° (Mediana)	75°
ESAS - Bem-estar (01)	101	3,87	2,663	0	9	2,00	4,00	5,50
ESAS - Bem-estar (02)	101	2,50	1,927	0	7	,00	2,00	4,00

Tabela 42 - Postos (Hipótese B)

		N	Posto Médio	Soma de Classificações
ESAS - Bem-estar (02) - ESAS - Bem-estar (01)	Classificações Negativas	56 ^a	28,63	1603,00
	Classificações Positivas	1 ^b	50,00	50,00
	Empates	44 ^c		
	Total	101		
a. ESAS - Bem-estar (02) < ESAS - Bem-estar (01)				
b. ESAS - Bem-estar (02) > ESAS - Bem-estar (01)				
c. ESAS - Bem-estar (02) = ESAS - Bem-estar (01)				

Tabela 43 - Estatísticas de Teste (Hipótese B)

	ESAS - Bem-estar (02) - ESAS - Bem-estar (01)
Z	-6,241 ^b
Significância Sig. (bilateral)	,000
Sig exata (bilateral)	,000
Sig exata (unilateral)	,000
Probabilidade de ponto	,000
a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
b. Com base em postos positivos.	

Para testar a hipótese C “A intervenção da Enfermagem de Reabilitação melhora a *performance status* dos pacientes com IAF e com cancro em CP”, foi realizada a comparação da avaliação inicial do PPS (01), previamente à intervenção da ENF-REAB, e após a intervenção desta que, por sua vez, remete para a avaliação final PPS (02). Foi aplicado o teste Wilcoxon tendo-se verificado que existe diferença estatisticamente significativa ($p < \alpha$). Os resultados obtidos permitem afirmar que a intervenção da Enfermagem de Reabilitação melhora significativamente a *performance status* dos pacientes com IAF e com cancro em CP”. A fundamentação sustenta-se nas Tabelas 44, 45 e 46.

Tabela 44 - Estatística Descritiva (Hipótese C)

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25o.	50° (Mediana)	75°
PPS1	30	53,33	18,815	30	90	30,00	50,00	70,00
PPS2	30	61,00	16,474	30	90	50,00	60,00	80,00

Tabela 45 - Postos (Hipótese C)

		N	Posto Médio	Soma de Classificações
PPS2 - PPS1	Classificações Negativas	1 ^a	8,50	8,50
	Classificações Positivas	13 ^b	7,42	96,50
	Empates	16 ^c		
	Total	30		
a. PPS2 < PPS1				
b. PPS2 > PPS1				
c. PPS2 = PPS1				

Tabela 46 - Estatística de teste (Hipótese C)

Estatísticas de teste ^a	
	PPS2 - PPS1
Z	-2,801 ^b
Significância Sig. (bilateral)	,005
Sig exata (bilateral)	,003
Sig exata (unilateral)	,001
Probabilidade de ponto	,000
a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
b. Com base em postos negativos.	

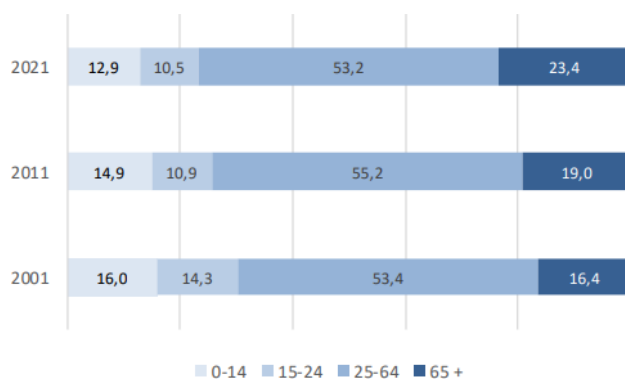
Para testar a hipótese D, “A ENF-REAB diminui a intensidade dos Sintomas nos pacientes com IAF e com cancro em CP” foi realizada a comparação entre o momento inicial e o momento final (2 amostras emparelhadas) com recurso ao teste Wilcoxon. Conclui-se que a ENF-REAB influencia a diminuição da intensidade de todos os sintomas à exceção da Falta de apetite e Falta de ar, onde a variação não se manifestou estatisticamente significativa. Resultados representados na Tabela 36.

4- DISCUSSÃO DE RESULTADOS:

Neste estudo quantitativo de abordagem pré-experimental com 30 pacientes hospitalizados, verificou-se que os cuidados de ENF-REAB não eliminam os efeitos da doença, no entanto, no decurso da sua trajetória constituem uma medida não farmacológica para o controlo sintomático. A Reabilitação assumida pelos enfermeiros influencia a QDV; contribui para a diminuição da sensação de cansaço e melhoria da *performance status* em pacientes que se encontram em fases pré-terminais no trajeto de doença.

A discussão dos resultados reflete a análise previamente apresentada, iniciando-se pela **idade**. Identificou-se que os dados obtidos se encontram condicionados pelos critérios de inclusão na medida em que se considerou somente pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. Esta decisão fundamenta-se nas características demográficas da população portuguesa, apoiando-se num índice de envelhecimento elevado (184,9 idosos por casa 100 jovens no ano de 2021).^{103(p.1)} Realça-se que entre 2011 e 2021 ocorreu um crescimento de 20,6% da população idosa (65 e mais anos) em detrimento dos restantes grupos etários (Gráfico 5).^{104(p.7)}

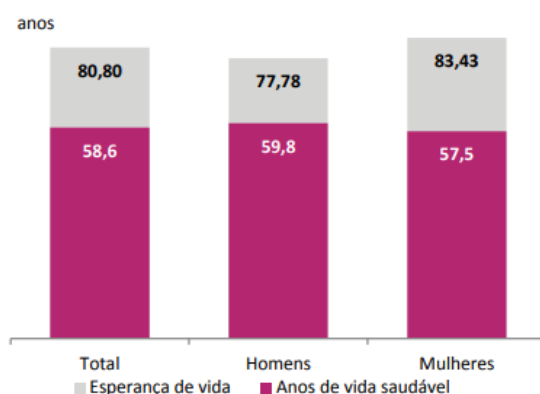
Gráfico 5 - População residente por grupo etário, 2001 - 2021 (%)^{104(p.7)}



O envelhecimento populacional associa-se a longevidade e, adicionalmente, à prevalência de doenças crónicas e comorbilidades que adquirem expressão nas limitações das AVD e, consecutivamente na ameaça à independência. Em 2021, 60,8% da população portuguesa com 65 ou mais anos referiu ter limitações na realização de atividades devido a problemas de saúde e, desta, 20,8% reportou um grau de limitação severo.^{104(p.16)} Esta análise estatística corrobora a evidência de que viver mais tempo não significa, porém, que se viva e

morra melhor. O conceito de esperança de vida objetiva quantitativamente a média de anos vividos, demitindo-se de dimensões subjetivas. Em contrapartida, o conceito de anos de vida saudável apresenta uma correlação direta com o conceito de bem-estar e QDV, situando-se nos 58,6 anos de idade como se apresenta ilustrado no Gráfico 6.^{2(p.23)} Esta realidade deve integrar o processo de tomada de decisão, embora a idade não deva, por si só, constituir o único critério a ser ponderado.^{106,107}

Gráfico 6 - Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença por sexo, Portugal, 2018 ^{2(p.23)}

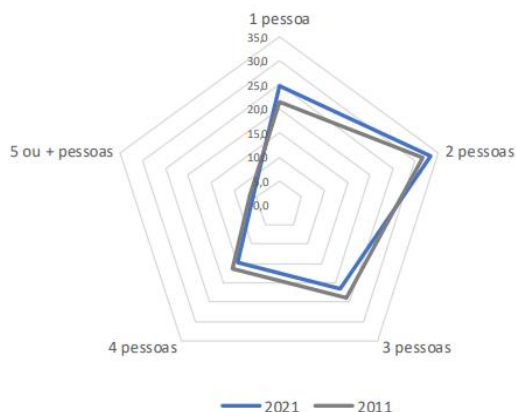


Explorando o tema da **escolaridade**, a literatura identifica o aumento da população com o ensino secundário e superior tendo-se assinalado um acréscimo de 10,2% de 2001 a 2021.^{104(p.14)} Na amostra em estudo, a habilitação literária mais prevalente foi o Ensino Básico (79,3%), embora 3,3% não saiba ler nem escrever. A taxa de iliteracia configura-se um fenómeno seletivo, coincidindo com a geografia de territórios mais inacessíveis, caracterizados por uma população mais envelhecida e assinalada por assimetrias socioeconómicas e geracionais.¹⁰⁸

Analisando o **agregado familiar**, a literatura identifica uma tendência de mudança. Em 2021, 33,3% da população portuguesa era composta por 2 pessoas e 24,8% por agregados unipessoais, registando-se o aumento nesta última categoria em 18,6% na última década (Gráfico 7).^{104(p.18)} A amostra do presente estudo é representativa da realidade abordada. De considerar que os cônjuges dos pacientes em estudo apresentam uma idade aproximada à destes (entre 65 e 88 anos) vivendo processos de envelhecimento, saúde-doença e de morbilidade que potenciam as dificuldades no desempenho do papel de cuidador informal. Adicionalmente, de salientar que as reações emocionais desencadeadas pelo cancro também afetam os membros da família, nomeadamente o conjugue, onde o impacto da doença e seus

tratamentos é sentida com intensidade elevada contribuindo para morbilidade psicológica e stress pós-traumático.^{109,110} A realidade caracterizada gera a necessidade de considerar o binómio paciente – família indissociável, evidenciando a filosofia e princípios dos CP.

Gráfico 7 - Agregados domésticos privados por dimensão, 2011 -2021, (%)^{104(p.18)}



Os **antecedentes pessoais** acrescem a doença oncológica e o envelhecimento natural, promovendo a IAF. Esta relação sinérgica pode agravar na presença de fatores de risco associados a hábitos de vida pelo que se confere destaque aos hábitos tabágicos e etílicos, presentes na amostra em estudo. Nesta última, a patologia cardiovascular alista-se como o antecedente pessoal de saúde mais prevalente (20,6%), potenciando por si só IAF. Adicionalmente, de evidenciar que 9,8% da amostra apresenta morbilidades musculoesqueléticas com influência no agravamento da mobilidade e, cumulativamente as limitações na satisfação do autocuidado. As perturbações de foro psiquiátrico e psicológico configuram-se o quinto antecedente pessoal de saúde mais prevalente na amostra em estudo, conquistando destaque pela influência que assume no modelo de prestação de cuidados holístico. Na amostra em análise, as perturbações diagnosticadas coincidem com o mencionado, embora somente em 5,9%, o que conduz a uma atitude reflexiva. Na prática clínica evidencia-se o estigma associado a este tema, observado na recusa dos pacientes na articulação com a Equipa de Saúde Mental, o que acredito condicionar a ausência de diagnóstico e, consecutivamente de tratamento apropriado direcionado aos sinais e sintomas que deste derivam. Apesar de somente 5,9% da amostra apresentar diagnóstico de perturbações psiquiátricas e psicológicas, 46,7% encontra-se a cumprir terapêutica ansiolítica

e antidepressiva. De assinalar que o diagnóstico de depressão se encontra 14 a 24% mais elevado em pacientes com cancro.¹¹¹ Na sequência das múltiplas comorbilidades identifica-se o fenómeno da polifarmácia que se configura um problema em todas as faixas etárias, embora nos pacientes com 65 anos e mais, possa adquirir proporções mais graves pelo aumento da incidência de reações adversas que, por sua vez, pode potenciar o declínio funcional; interações medicamentosas e ausência de adesão terapêutica.¹¹²⁻¹¹⁴ Verificou-se que a polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados são frequentes em CP, tornando-se premente reavaliar continuamente as medidas farmacológicas instituídas.¹¹⁵

A probabilidade de desenvolvimento de comorbilidades hepáticas, renais, cardíacas e pulmonares também se elevam mediante a realização de tratamentos médicos e cirúrgicos, bem como outros sintomas / condições, nomeadamente insónia, inatividade, dor crónica e alterações de humor, promovendo a IAF e diminuição da *performance status* do paciente.¹

Analisando o **tipo de cancro**, identifica-se que o Carcinoma é o tipo histológico de cancro mais prevalente na amostra em estudo. A literatura apresenta-se consensual ao reconhecer o carcinoma como o tipo de cancro mais prevalente, embora não objetive uma percentagem global reservando a sua análise por área anatómica.¹¹⁶⁻¹²¹ Em contrapartida, o Sarcoma contrasta com a realidade anteriormente mencionada, constituindo apenas 1% de todos os cancros.¹²² Porém, encontra-se associado à maior incidência de neoplasias raras na população adulta e a elevadas taxas de morbilidade.¹²³ Independentemente da histologia do tumor, a **metastização** encontra-se frequentemente associada ao agravamento do prognóstico da doença com impacto no declínio da *performance status*. A ocorrência de carcinomatose peritoneal tem demonstrado diminuir significativamente a sobrevida global em pacientes com metástases hepáticas e/ou extraperitoneais de cancro gastrointestinal. A proposta de abordagem multimodal integra a cirurgia citorrredutora e quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC), apesar da elevada taxa de complicações associadas (51%).^{124,125}

A cirurgia paliativa é considerada comum no âmbito da Oncologia, correspondendo entre 10 a 20% de todas as cirurgias realizadas. Uma revisão sistemática da literatura de 1994 a 2014 revela que apenas 25 estudos focaram as intervenções em CP para pacientes cirúrgicos.¹²⁶ Porém, American College of Surgeons (ACS) define a cirurgia paliativa como uma área prioritária para construir conhecimento científico, integrando a tomada de decisão orientada para o paciente e a tomada de decisão em fim de vida.¹²⁷ De relevar que a cirurgia paliativa contribui com 36% de mortalidade total anual aos 30 dias de pós-operatório nos

centros oncológicos de referência. Adicionalmente, também está associada a complicações *major* pós-operatórias reduzindo a probabilidade de controlo sintomático em 17%.¹²⁸ Neste âmbito verificou-se a presença de complicações pós-operatórias em 40% da amostra em análise com necessidade de prolongamento de internamento tendo-se identificado que 43,3% desta excedeu os 20 dias de internamento. A literatura aponta a necessidade de se promoverem mudanças culturais sugerindo a integração da prática paliativa na rotina cirúrgica, nomeadamente integrar a Medicina Paliativa na tomada de decisão relativa ao plano terapêutico do paciente e redimensionar as opções de tratamento para que a cirurgia não seja indicada em pacientes que apresentem uma sobrevida baixa devido a doença grave de base e/ou a condições cirúrgicas agudas.

Verifica-se que o **motivo de internamento** se associou, primordialmente, à necessidade de controlo sintomático e exaustão do cuidador. Os sintomas mais relatados em CP no âmbito do cancro incurável são o cansaço, anorexia, dor, dispneia, sonolência, xerostomia, obstipação, *delirium*, náuseas e insónia.¹²⁹ Dos sintomas alistados, o mais prevalente é o cansaço.¹³⁰ A depressão e a ansiedade não se alistam neste conjunto de dados, no entanto, são complementadas por outros autores. A prevalência da depressão situa-se entre 10 e 28% aumentando com a progressão da doença e com o descontrolo sintomático.¹³¹ Por sua vez, a prevalência da ansiedade aumenta com o declínio da capacidade funcional do paciente, podendo potenciar a exacerbação de outros sintomas.^{131,132} A ansiedade e a depressão resultam da numerosidade de eventos complexos que se vão desenvolvendo no trajeto da doença oncológica, nomeadamente a suspeita e confirmação do diagnóstico, tratamentos com os seus efeitos adversos, consultas de *follow-up*, exames e por vezes notícia de recidiva, contribuem para que o paciente se exponha, continuamente, às recordações da doença e seus sintomas.¹³² O controlo sintomático inadequado também pode contribuir para a exacerbação do cansaço.¹³⁰

As avaliações iniciais das subcategorias da ESAS (01) permitiram aceder aos sintomas mais frequentes na amostra em estudo tendo-se identificado que o cansaço se configura o mais prevalente, embora se conclua que não surja isoladamente, o que interfere com a sensação de prazer de viver e de estar vivo. Fortalece o arrependimento e a vontade de desistir gradualmente das atividades que dão prazer, elevando-se a desmotivação para combater a doença⁴⁹. Os princípios orientadores dos CP, na afirmação da vida até ao seu limiar, têm em consideração sinais e sintomas geradores de sofrimento na multidimensionalidade da pessoa.

O conforto, a QDV, a promoção da dignidade e adaptação às perdas sentidas podem influenciar o curso da doença pelo que se optou por estudar a influência da IAF na QDV desta amostra. Os estudos analisados apoiam os resultados obtidos reconhecendo que IAF redimensiona o autoconceito de QDV. A IAF, elevada ao seu expoente máximo, adquire expressão na incapacidade a que se associa o declínio da performance na execução das AVD habituais e desejadas.⁴⁵ De todas as potenciais fontes de sofrimento para os pacientes, a perda de autonomia pode ser considerada como uma das mais importantes.¹³³ A evidência científica aponta para o impacto ainda mais pronunciado nos pacientes com faixa etária > 65 anos reforçando a diminuição da tolerância aos tratamentos e agravamento da sobrevida.^{1,37,98} Incrementa-se a perda de independência funcional em uma ou mais AVD em 25 a 35% da população idosa admitida em contexto hospitalar. As principais perdas concretizam-se em três dias de hospitalização e direcionam-se, primordialmente, para a capacidade de autocuidar a higiene e vestir-se.⁴⁸ Não obstante, a perda da funcionalidade acompanha a trajetória das doenças que ameaçam a continuidade da vida, somando-se às alterações físicas, emocionais e espirituais vivenciadas pelos pacientes desde o início dos sintomas e / ou diagnóstico até a morte.

À luz do Modelo de Reabilitação, explorado na fundamentação teórica, os pacientes que compõem a amostra foram submetidos a sessões de Reabilitação com integração de técnicas preventivas, restaurativas, de suporte e paliativas. Na trajetória de doença, a fase agónica foi considerada critério de exclusão, pretendendo-se a integração de pacientes que se encontrassem em fases aguda, de deterioração e de estabilidade. De evidenciar que o presente estudo se centrou em direcionar a intervenção de ENF-REAB para pacientes que se enquadrassem em fases de doença pré-terminal com os objetivos de potenciar a máxima QDV possível, centrada nas potencialidades ainda existentes, por controlo sintomático e adequação de suporte social na resposta às limitações da mobilidade. Autores salientam o desejo frequentemente expresso por pacientes em CP que visa a manutenção da sua independência física até ao fim da vida.^{134,135} Executar as tarefas da vida diária e manter a mobilidade são áreas passíveis de intervenção e que resultam em ganhos significativos na QDV. Não obstante, a literatura também identifica benefícios da intervenção de ENF-REAB na fase agónica embora não tenha sido objeto de análise no presente estudo.

As sessões de ENF-REAB respeitaram os princípios dos CP no reforço da importância atribuída à centralidade da Pessoa no seu processo de saúde-doença. O tempo de dedicação

dos profissionais de saúde no âmbito da ENF-REAB também acompanhou o mesmo princípio de forma a responder às necessidades dos pacientes em estudo. O número de sessões foi personalizado (de uma a catorze sessões). Paralelamente à evolução na trajetória de doença, como explorado previamente, um período de internamento mais prolongado encontra-se associado a um acréscimo na perda de funcionalidade e do nível de dependência, refletindo o aumento das necessidades de reabilitação e, desta forma, exigindo um número de sessões em concordância.

Analisando o que é mensurável na intervenção da ENF-REAB, verificou-se que a IAF se quantifica nas alterações da FR e FC, evidenciando-se sobretudo na falha do retorno da FC a valores pré-atividade após 3 minutos de repouso. A análise realizada permitiu objetivar que a avaliação destes parâmetros vitais seria importante para adaptar a intensidade do exercício físico de modo a evitar variações da FC superiores a 20 bpm. Objetivou-se que a FR e a FC se correlacionam entre si de forma positiva, objetivando-se que o aumento de uma variável influencia o aumento da outra. Verificou-se que a implementação de um programa de Reabilitação com integração de TCE teve impacto na ausência de uma variação significativa entre a avaliação inicial (01) para a final (02) nos parâmetros vitais. A FC em repouso aumenta um batimento por minuto a cada dois dias de imobilidade, o que resulta do menor tempo diastólico e de ejeção sistólica, reduzindo a capacidade para responder a atividades de maior intensidade. Na amostra em estudo identificou-se uma tendência para taquicardia nos internamentos mais prolongados.

Conclui-se que, apesar da realização de exercício, os valores da FR e FC finais aproximaram-se dos valores basais, avaliados previamente ao início da intervenção, reforçando a eficácia das TCE implementadas. Com o objetivo de enriquecer o presente estudo, foi estabelecida a correlação entre os parâmetros vitais (FR e FC) e as subcategorias da ESAS. Apurou-se que valores elevados de FR (compatível com padrões de taquipneia) têm influência no agravamento da falta de apetite, depressão e da sensação de bem-estar. No prisma da análise da FC, também se identifica correlação positiva entre esta e a sonolência, bem como a falta de apetite e bem-estar. Valores elevados de FC, compatíveis com taquicardia, encontram-se relacionados com o agravamento dos sintomas mencionados.

Relativamente à intervenção da ENF-REAB no **controlo sintomático**, verificou-se que esta influenciou a diminuição da intensidade de todos os sintomas à exceção da falta de apetite e falta de ar, onde a variação não se manifestou estatisticamente significativa. O

significado estatístico entre estas variáveis permite afirmar que a intervenção de ENF-REAB influencia a redução dos scores obtidos nas áreas descritas, validando a hipótese D. Também foi possível apurar que o acompanhamento da ENF-REAB em internamentos mais prolongados com expressão num maior número de sessões, evidenciou uma tendência para um controlo progressivamente mais eficaz dos sintomas ao longo do tempo, por sua vez, compatível com valores iniciais progressivamente mais reduzidos. Porém, realça-se que a intervenção isolada de ENF-REAB também está associada a múltiplos benefícios, o que comprovo na prática clínica e na literatura consultada. Os princípios que alicerçam os CP, em fases pré-terminais da trajetória de doença, reforçam a importância da implementação de cuidados ativos, reabilitadores e promotores da autonomia, proporcionando um sistema de suporte que ajude os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até à morte. A integração dos Enfermeiros de Reabilitação no seio de uma equipa multidisciplinar não se distancia da filosofia de cuidados em CP, evidenciando, por outro lado, a sua importante conciliação na prestação de cuidados a estes pacientes.

Numa análise focada no sintoma do cansaço, tema central da presente Dissertação de Mestrado, salienta-se que não ocorreram alterações significativas em todas as sessões realizadas embora o desempenho físico tenha melhorado no final dos programas de reabilitação implementados, o que se pode atribuir ao aumento da intensidade do exercício físico, como por exemplo, aumento da carga nos exercícios de fortalecimento muscular. Apesar dos resultados obtidos, foi possível aceitar a hipótese A, “a intervenção da Enfermagem de Reabilitação influencia a redução do cansaço dos pacientes com IAF e com cancro em CP”, comprovando-se na prática e estatisticamente. O saldo diferencial entre o cansaço avaliado previamente à intervenção de ENF-REAB e posterior à sua finalização, é tendencialmente positivo. Deste modo, conclui-se que os scores iniciais superam os finais. Também foi possível validar que não é possível isolar as intervenções direcionadas exclusivamente para a gestão de cansaço (TCE) sendo necessário integrá-las num programa de reabilitação com integração de processos de educação (ensino, instrução e treino) e implementação de técnicas de reabilitação funcional. Lynda Carpenito realça que as TCE se relacionam com o conhecimento insuficiente sobre técnicas de adaptação necessárias pelo que o programa de reabilitação implementado à amostra em estudo contemplou, em 100% das sessões realizadas, o ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas e prevenção de complicações.³⁴ Em complementaridade, a Tabela 14 enumera as técnicas executadas com

principal destaque no treino de levante, alternância de decúbitos no leito, treino de AVD, correção postural e técnica de relaxamento, considerando a adaptação dos procedimentos desenvolvidos à unicidade de cada paciente. Estudos analisados evidenciam os benefícios da reabilitação funcional na diminuição de sintomas como dor, dispneia e cansaço; melhoria do estado nutricional e emocional; fortalecimento muscular e aumento da amplitude de movimentos e do equilíbrio resultando em maior bem-estar e QDV.^{136,137} Os benefícios têm continuidade no potencial de promover a redução do *stress* e influenciar positivamente a percepção de independência do paciente.¹³⁸

Para um alcance mais abrangente, considerou-se importante enriquecer o estudo com a análise do bem-estar e constituí-lo variável objeto de análise sendo possível comprovar a hipótese B. Objetivou-se diferença estatisticamente significativa entre a sensação de bem-estar após a intervenção de ENF-REAB. Conclui-se que o score atribuído pelos pacientes que compõem a amostra no final da intervenção é menor, coincidindo com a melhoria da sua sensação de bem-estar. O termo “bem-estar” enquadra-se no conceito de saúde, definido pela OMS em 1948, sendo possível inferir que a ENF-REAB melhorou consecutivamente a Saúde da amostra apesar da transversalidade do diagnóstico de uma doença incurável.¹³⁹

Os dados apresentados previamente e a literatura consultada permitem concluir que o declínio da *performance status* é heterogêneo, variando de acordo com a patologia e sua progressão, idade, comorbidades, terapêutica e a condição física, emocional, espiritual e social de cada paciente.¹⁴⁰ Sem desprezar a especificidade de cada processo e de cada paciente, importa discutir se as intervenções de ENF-REAB tiveram influência na *performance status* da amostra em estudo. Para tal considerou-se a hipótese C, por sua vez comprovada pela comparação estabelecida entre a avaliação inicial e final da PPS. Os resultados apontam para o aumento da PPS no segundo momento, compatível com a melhoria.

Também foi possível envolver cuidadores informais de modo a capacitá-los mediante otimização de estratégias por forma a reduzir a sobrecarga na prestação de cuidados. A literatura consultada explora a correlação existente entre o aumento do nível de dependência e consequente aumento das necessidades e da exigência destas, o que se reflete numa maior sobrecarga para os cuidadores.¹⁴⁰ Desta forma, a ENF-REAB também se dedicou a processos educativos (ensino, instrução e treino) direcionado aos cuidadores informais da amostra em estudo com expressão na realização de 8 sessões no âmbito do treino de AVD.

Para um controlo sintomático eficaz, com integração de medidas farmacológicas e não farmacológicas, revela-se primordial o contributo da Medicina Paliativa. Porém, apurou-se que somente 20% dos pacientes que constituem a amostra foram referenciados durante o internamento para EIHS CP. Esta referência encontra-se protocolada sendo exclusivamente concretizada pela equipa médica por se assumir a necessidade de compromisso no plano terapêutico farmacológico do paciente, embora, apesar de considerar a sua importância, reconheça que a filosofia de CP não se esgote conceptualmente na farmacologia. A referência precoce para as equipas de CP, constitui o ponto fulcral da continuidade de cuidados, representando o seu atraso, perdas a nível económico e a nível da qualidade dos cuidados prestados. Segundo alguns autores há vários fatores que contribuem para uma referência tardia, nomeadamente, a resistência por parte dos pacientes/família em transitarem dos seus programas de cuidados habituais para CP, os equívocos por parte dos pacientes/familiares e médicos sobre o que são CP, a dificuldade dos médicos em aceitar a morte dos seus pacientes e concentrarem-se exclusivamente na cura, resistindo discutir sobre cuidados em fim de vida e, por último, a falta de serviços vocacionados para a prestação de CP.^{141,142}

A referência tardia ou ausência de referência reflete-se no processo de saúde-doença dos pacientes, podendo comprometer a QDV e de morte.

5- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Na obtenção dos resultados descritos, a dificuldade primordial incidiu na constituição da amostra. Apesar de exercer funções no serviço onde o estudo foi realizado, considerou-se a diminuta referência para CP. Ainda assim, sinto ter-se constituído uma oportunidade enriquecedora pelos resultados alcançados e pelo alívio do sofrimento proporcionado a estes pacientes reforçando a Enfermagem como ciência de valorização da vida. De reforçar que todos os ganhos em saúde que resultaram da intervenção da ENF-REAB foram considerados pelos pacientes. A realização de estudos em serviços e unidades de saúde que não são especializados em CP, embora possa coexistir a intervenção de uma equipa de profissionais que se diferenciam por conhecimentos avançados neste âmbito (EIHSCP), também se configura importante de modo a sensibilizar para a acessibilidade a estes cuidados, elevar a importância de se criarem elos de ligação e fortalecer a formação extensível a todos os profissionais que integram a equipa prestadora de cuidados. Apesar das intervenções apresentadas integrarem a esfera de competências dos EEER, algumas das estratégias e princípios de intervenção estão ao alcance das equipas de saúde e familiares pelo que se reforça a proposta de processos formativos que conciliem as duas disciplinas, Reabilitação e Medicina Paliativa. Considero fundamental a inclusão destas estratégias nos planos formativos das Instituições Hospitalares, bem como Licenciaturas e Pós-Licenciaturas, perspectiva reforçada e partilhada por outros autores.¹⁴³

Poderia ter sido uma mais valia aprofundar a terapêutica instituída em contexto de internamento com reforço da visibilidade do plano terapêutico farmacológico dos pacientes acompanhados por EIHSCP. De assinalar, porém, a ausência de administração de terapêutica PRN previamente à intervenção de ENF.REAB, o que poderia constituir-se uma limitação do estudo caso esta condição se tivesse verificado.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de IAF difere de cansaço, no entanto, estes termos assumem proximidade conceptual e definem a centralidade do tema estudado. Salienta-se a ausência de uniformidade na nomenclatura da literatura referente ao cansaço, fadiga, astenia, entre outros termos, o que se revelou uma dificuldade na pesquisa e que se encontra refletida na fundamentação teórica.

O cansaço alista-se como um dos sintomas mais prevalentes nesta amostra manifestando-se simultaneamente em associação a outros sintomas. Desta forma pareceu pertinente estabelecer a correlação entre estes de modo a identificar a forma como se relacionam e determinar a influência que exercem na sensação de bem-estar dos pacientes que compõem a amostra.

Os problemas relacionados com a incapacidade no autocuidado são prevalentes na população com cancro com IAF tendo-se constituído a sua análise e documentação uma mais-valia na presente investigação. As limitações na execução das AVD estão associadas a sofrimento pela sensação de perda e pela sobrecarga do cuidador. Um estudo recente de natureza qualitativa revelou que a carga de sintomas, por si só, não afeta necessariamente a QDV sendo a sua relação com as consideradas dimensões fundamentais da QDV que assim o determinam, como por exemplo, o nível de atividade e a participação no autocuidado.¹³⁷

Apesar do Ensino Clínico (EC) não se configurar um requisito académico formal para a conclusão da presente Dissertação de Mestrado, pareceu-me inquestionável a importância deste na oportunidade de desenvolver e consolidar competências. Foi solicitada autorização às Direções Hospitalares para a concretização de EC na EIHSCP no IPOL e no HSM (Anexo VIII).

7- CONCLUSÃO:

A realização deste estudo permitiu concluir que os cuidados de ENF-REAB não eliminam os efeitos da doença, no entanto, no decurso da sua trajetória, contribuem como medida não farmacológica de controlo sintomático. Mais concretamente, possibilitou concluir que a ENF-REAB, com recurso a técnicas especializadas, contribui para o controlo do cansaço, melhoria da sensação de bem-estar e da *performance status* em pacientes com IAF que se posicionem num estágio de doença agudo, de deterioração ou de estabilidade. Excluiu-se a fase agónica não tendo sido integrada no desenho do estudo. As hipóteses formuladas foram aceites e comprovadas.

De acordo com a literatura, o contributo da ENF-REAB na Medicina Paliativa continua a gerar dúvidas embora o número crescente de estudos assegure que a reabilitação vai ao encontro de necessidades não satisfeitas desta população.^{9,138,144,145} Considero relevante o fortalecimento de ciclos de melhoria no âmbito da saúde direcionados à subutilização da Reabilitação em CP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: An essential component of quality care and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2013;63(5):295-317. doi:10.3322/caac.21186
2. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas Da Saúde - 2018.*; 2020. Accessed February 15, 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2
3. Henriques C, Oliveira N. Cuidados paliativos: situação nacional. *Nursing (Ed Portuguesa)*. Published online 2011:226.
4. Brekke MF, la Cour K, Brandt Å, Peoples H, Wæhrens EE. The Association between ADL Ability and Quality of Life among People with Advanced Cancer. *Occupational Therapy International*. 2019;2019:1-10. doi:10.1155/2019/2629673
5. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Houmann LJ, Groenvold M. Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psycho-Oncology*. 2012;22(8):1724-1730. doi:10.1002/pon.3204
6. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*. 2017;61:94-106. doi:10.1016/j.ctrv.2017.10.006
7. Neto I. Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos fundamentais. In: *Manual de Cuidados Paliativos. 3rd Ed.* Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:7.
8. Montagnini M, Lodhi M, Born W. The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2003;6(1):11-17. doi:10.1089/10966210360510073
9. Eyigor S. Physical Activity and Rehabilitation Programs Should Be Recommended on Palliative Care for Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2010;13(10):1183-1184. doi:10.1089/jpm.2010.0064
10. Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L. Functional recovery in cancer rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000;81(5):623-627. doi:10.1016/s0003-9993(00)90046-7

11. Saunders C. Oxford textbook of palliative medicine. In: Oxford University Press; 1998:V-IX.
12. Hesbeen W. *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. Lusociência; 2003.
13. Jorge L. Reabilitação em Cuidados Paliativos. In: *Reabilitação Em Cuidados Paliativos*. Lusodidacta; 2014:63-76.
14. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros; 2016. Accessed March 10, 2021. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
15. Moreira M. *O Impacte Da Intolerância à Actividade No Quotidiano Dos Clientes Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação de Mestrado. 2012. Accessed March 12, 2020. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9379/1/M%C3%A1rcia_vers%E2%95%9Eo_final%20%283%29.pdf
16. Dochterman J, Bulechek G. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th edition. Mosby; 2004. Accessed October 2, 2020. <https://pdf4pro.com/cdn/nursing-interventions-classification-nic-4th-edition-397450.pdf>.
17. Diário da República n.º 205/1996. *Decreto-Lei N.º 161/96*. Vol I Série-A.; 1996. Accessed March 10, 2021. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
18. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 2009;16(6):278-289. Accessed March 10, 2021. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
19. World Health Organization. *National Cancer Control Guidelines; Policies and Managerial Guidelines*. 2nd edition. Health & Development Networks; 2002. Accessed March 10, 2021. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=7VQ0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=World+Health+Organization.+National+cancer+control+guidelines%3B+policies+and+managerial+guidelines.+2002&ots=qgizU1lc-J&sig=wxACv5T742gzT35OiTInd0DGOLk&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20National%20cancer%20control%20guidelines%3B%20policies%20and%20managerial%20guidelines.%202002&f=false

20. World Health Organization. Definition of palliative care. Published online 2009.
21. Ellershaw J, Wilkinson S. Introduction. In: *Care of the Dying : A Pathway to Excellence*. Oxford University Press; 2003.
22. Ministry of Health. *The New Zealand Palliative Care Strategy*.; 2001. Accessed March 10, 2021. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/palliativecarestrategy.pdf>
23. National Quality Forum. *A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality - a Consensus Report*.; 2006. Accessed March 12, 2021. https://www.qualityforum.org/Publications/2006/12/A_National_Framework_and_PREFERRED_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality.aspx
24. Randall F, Downie RS. *The Philosophy of Palliative Care*. Oxford University PressOxford; 2006. doi:10.1093/acprof:oso/9780198567363.001.0001
25. Gómez-Batiste X. Evaluación y mejora continua de calidad, planificación estratégica, organización de la formación y de la investigación en servicios de cuidados paliativos. In: *Organización de Servicios Y Programas de Cuidados Paliativos*. Arán Ediciones; 2005:81-98.
26. Twycross R. *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores; 2003.
27. Benítez del Rosario MA, Asensio Fraile A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Atención Primaria*. 2002;29(1):50-52. doi:10.1016/s0212-6567(02)70499-x
28. Eagar K. The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient casemix classification. *Australian Health Review*. 1999;22(3):180. doi:10.1071/ah990180
29. Capelas M, Neto I, Coelho S. Organização de Serviços. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:916.
30. Diário da República n.º 85/2019, Série II. *Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação*.; 2019. Accessed March 12, 2021. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
31. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento Dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Reabilitação*.; 2011. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf3>

32. Jakobsson E, Bergh I, Gaston-Johansson F, Stolt CM, Öhlén J. The Turning Point: Clinical Identification of Dying and Reorientation of Care. *Journal of Palliative Medicine*. 2006;9(6):1348-1358. doi:10.1089/jpm.2006.9.1348
33. Radbruch L, Strasser F, Elsner F, et al. Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliative Medicine*. 2008;22(1):13-32. doi:10.1177/0269216307085183
34. Carpenito L. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 10th edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.
35. Berger AM. Update on the State of the Science: Sleep-Wake Disturbances in Adult Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2009;36(4):E165-E177. doi:10.1188/09.onf.e165-e177
36. Borneman T, Piper BF, Koczywas M, et al. A Qualitative Analysis of Cancer-Related Fatigue in Ambulatory Oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(1):E26-E32. doi:10.1188/12.cjon.e26-e32
37. Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*. 2007;12(S1):4-10. doi:10.1634/theoncologist.12-s1-4
38. Mitchell S, Berger A. Fatigue. In: *In Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:2710-2718.
39. Chang CW, Mu PF, Jou ST, Wong TT, Chen YC. Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Children and Adolescents With Cancer. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2013;10(4):208-217. doi:10.1111/wvn.12007
40. Ream E. Fatigue in patients receiving palliative care. *Nursing Standard*. 2007;21(28):49-56. doi:10.7748/ns2007.03.21.28.49.c4536
41. Cella D. The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Semin Hematol*. 1997;34(3 Suppl 2):13-19. Accessed April 4, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9253779/>
42. Cella D, Tulsky D, Gray G, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*. 1993;11(3):570-579. doi:10.1200/jco.1993.11.3.570

43. Yellen SB, Cella DF, Webster K, Blendowski C, Kaplan E. Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1997;13(2):63-74. doi:10.1016/s0885-3924(96)00274-6
44. Cella D, Webster K. Linking outcomes management to quality-of-life measurement. *Oncology (Williston Park)*. 1997;11(11A):232-235.
45. Lerdal A, Bakken LN, Kouwenhoven SE, et al. Poststroke Fatigue—A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009;38(6):928-949. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.028
46. Scott JA, Lasch KE, Barsevick AM, Piauult-Louis E. Patients' Experiences With Cancer-Related Fatigue: A Review and Synthesis of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(3):E191-E203. doi:10.1188/11.onf.e191-e203
47. Tanner RE, Bruncker LB, Agergaard J, et al. Age-related differences in lean mass, protein synthesis and skeletal muscle markers of proteolysis after bed rest and exercise rehabilitation. *The Journal of Physiology*. 2015;593(18):4259-4273. doi:10.1113/jp270699
48. King BD. Functional decline in hospitalized elders. *Medsurg Nurs*. 2006;15(5):265-271.
49. Krishnasamy M. Fatigue in advanced cancer — meaning before measurement? *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37(5):401-414. doi:10.1016/s00207489(00)00019-5
50. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2006;15(4):355-360. doi:10.1002/pon.972
51. Breitbart W, Rosenfeld BD. Physician-Assisted Suicide: The Influence of Psychosocial Issues. *Cancer Control*. 1999;6(2):146-161. doi:10.1177/107327489900600203
52. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue V.1.2013. ; 2013.*
53. Anderson P, Dean G, Piech M. Fatigue. In: *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. NY: Oxford University Press; 2010:187-209.
54. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *The Lancet*. 2004;363(9413):978-988. doi:10.1016/s0140-6736(04)15794-2

55. Galvão C, Pazes C. Astenia/ Fadiga. In: *Manual de Cuidados Paliativos. 3rd Ed.* Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:211-229.
56. Hauser K, Walsh D, Rybicki LA, Davis MP, Seyidova-Khoshknabi D. Fatigue in Advanced Cancer: A Prospective Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2008;25(5):372-378. doi:10.1177/1049909108319267
57. Thelan L, Stacy K, Lough M, Urden L. *Enfermagem de Cuidados Intensivos. 5ª Edição.* Lusodidacta; 2008.
58. Hoeman S. *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação E Processo. 2ª Edição.* Lusociência; 2000.
59. Yennurajalingam S, Bruera E. Palliative Management of Fatigue at the Close of Life. *JAMA.* 2007;297(3):295. doi:10.1001/jama.297.3.295
60. Borg G. *Borg's Perceived Exertion and Pain Scales.* Human Kinetics; 1998.
61. Chick N, Meleis A. *Transitions: A Nursing Concern.*; 1986:239. Accessed April 12, 2021. <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
62. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Advances in nursing science.* 2000;23(1):12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
63. Palmira I, Zagonel S. O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revlatino-amenfermagem.* 1999;7(3):25-32. Accessed April 15, 2021. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qYkvCxFvtmZGv8gJBW5cMvD/?lang=pt&format=pdf>
64. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice.* 4th ed.; 1991.
65. Fricke J. *Activities of Daily Living. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).*; 2010.
66. Mesa de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. *Parecer Sobre Atividades de Vida Diárias (Nº12).*; 2011. Accessed April 10, 2021. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
67. Victoria Hospice Society. *Palliative Performance Scale (PPSv2) Version 2.*; 2001. <https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/12/PPSv2-English-Sample.pdf>
68. Wilner F, Arnold R. *Fast Facts and Concepts #125 the Palliative Performance Scale (PPS).*; 2004. Accessed April 10, 2021.

<https://www.jeffersonhealth.org/content/dam/health2021/documents/staff-and-student/palliative-care/fast-facts-palliative-performance-scale.pdf>

69. Glare P. Clinical Predictors of Survival in Advanced Cancer. *Journal of Support Oncology*. 2005;3(5):331-339.
70. Saunders CB. Preventing Secondary Complications in Trauma Patients With Implementation of a Multidisciplinary Mobilization Team. *Journal of Trauma Nursing*. 2015;22(3):170-175. doi:10.1097/jtn.000000000000127
71. Knight J, Nigam Y, Jones A. Effects of bedrest 1: cardiovascular, respiratory and haematological systems. *Nurs Times*. 2009;105(21):16-20.
72. Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak J. The Effect of Bed Rest and Potential of Prehabilitation on Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*. 2002;13(2):263-276. doi:10.1097/00044067-200205000-00011
73. Feldstein C, Weder AB. Orthostatic hypotension: a common, serious and underrecognized problem in hospitalized patients. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2012;6(1):27-39. doi:10.1016/j.jash.2011.08.008
74. Thomas DC, Kreizman IJ, Melchiorre P, Ragnarsson KT. Rehabilitation of the patient with chronic critical illness. *Critical Care Clinics*. 2002;18(3):695-715. doi:10.1016/S0749-0704(02)00011-8
75. Fletcher K. Immobility: geriatric self-learning module. *Medsurg Nurs*. 2005;14(1):35-37.
76. Nigam Y, Knight J, Jones A. Effects of bedrest 3: musculoskeletal and immune systems, skin and self-perception. *Nurs Times*. 2009;105(23):18-22.
77. Mobily PR, Kelley LS. Iatrogenesis in the elderly: Factors of Immobility. *Journal of Gerontological Nursing*. 1991;17(9):5-9. doi:10.3928/0098-9134-19910901-04
78. Dittmer DK, Teasell R. Complications of immobilization and bed rest. Part 1: Musculoskeletal and cardiovascular complications. *Can Fam Physician*. 1993;39:1428-1432, 1435-1437.
79. Wall BT, Dirks ML, Snijders T, Senden JMG, Dolmans J, van Loon LJC. Substantial skeletal muscle loss occurs during only 5 days of disuse. *Acta Physiologica*. 2013;210(3):600-611. doi:10.1111/apha.12190
80. Teasell R, Dittmer DK. Complications of immobilization and bed rest. Part 2: Other complications. *Can Fam Physician*. 1993;39:1440-1442, 1445-1446.

81. Padilha JM. Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2010;16(4):641-648. Accessed May 2, 2021. <http://www.scielo.pt/pdf/pne/v16n4/v16n4a10.pdf>
82. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(3):564-572. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
83. Albrecht TA, Taylor AG. Physical Activity in Patients With Advanced-Stage Cancer: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(3):293-300. doi:10.1188/12.cjon.293-300
84. Puetz TW, Herring MP. Differential effects of exercise on cancer-related fatigue during and following treatment: a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012;43(2):e1-24. doi:10.1016/j.amepre.2012.04.027
85. Albert R, Spiro S, Jett J. *Clinical Respiratory Medicine*. 3rd edition. Mosby Elsevier; 2008.
86. Heitor M, Canteiro M, Ferreira J, Olazabal M, Maia M. *Reeducação Funcional Respiratória*. 2nd edição. Lisboa: Boehringer Ingelheim; 1998.
87. Kisner C, Colby L. *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos E Técnicas*. 6th edition. Barueri: Manole; 2016.
88. Cordeiro M, Menoita E. Reeducação Funcional Respiratória. In: *Manual de Boas Práticas Na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios E Técnicas*.: Lusociência - Edições Técnica e Científicas, Lda; 2012:61-116.
89. Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação. *Reabilitação Respiratória Guia Orientador de Boa Prática*.; 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
90. Delisa J. *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios E Prática*. Vol 2. 3rd ed. São Paulo Brasil: Manole; 2002.
91. Jeffery Mador M, Bozkanat E. Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Research*. 2001;2(4):216. doi:10.1186/rr60
92. Pamplona P, Morais L. Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2007;13(1):101-128. doi:10.1016/s0873-2159(15)30340-8
93. Presto B, Damázio L. *Fisioterapia Respiratória*. 4th Ed. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Ltda; 2009. 4th edição. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Ltda; 2009.

94. Tangri S, Woolf CR. The Breathing Pattern in Chronic Obstructive Lung Disease during the Performance of Some Common Daily Activities. *Chest*. 1973;63(1):126-127. doi:10.1378/chest.63.1.126
95. Velloso M, Jardim J. Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia* Functionality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: energy conservation techniques. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):580-586.
96. Fortin M. *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. 2nd ed. Loures: Lusociência; 1999.
97. Réjean H. *Réjean H. Métodos Quantitativos Para as Ciências Humanas Lisboa: Instituto Piaget; 1999*. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
98. Cheville AL, Shen T, Chang M, Basford JR. Appropriateness of the treatment of fatigued patients with stage IV cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2012;21(1):229-233. doi:10.1007/s00520-012-1515-7
99. Neto I. Cuidados na Agonia. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016:317-330.
100. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Archives of Internal Medicine*. 2000;160(6):786-794. doi:10.1001/archinte.160.6.786
101. Blazer DG, van Nieuwenhuizen AO. Evidence for the diagnostic criteria of delirium. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012;25(3):239-243. doi:10.1097/yco.0b013e3283523ce8
102. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, et al. Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;30(4):367-373. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.007
103. Instituto Nacional de Estatística. *Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS I, II E III E Municípios Exercício AD HOC 2020 E 2021*.; 2022. Accessed October 4, 2022.https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
104. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2021 - Divulgação Dos Resultados Provisórios*.; 2021. Accessed March 10, 2022.

- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
105. Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas Da Saúde 2020*. Edição 2020.; 2020. Accessed October 4, 2022. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=554616969&att_display=n&att_download=y
 106. Saltzstein SL, Behling CA. 5- and 10-year survival in cancer patients aged 90 and older: A study of 37,318 patients from SEER. *Journal of Surgical Oncology*. 2002;81(3):113-116. doi:10.1002/jso.10160
 107. Extermann M. Management issues for elderly patients with breast cancer. *Current Treatment Options in Oncology*. 2004;5(2):161-169. doi:10.1007/s11864-004-0048-9
 108. Cavaco C. Analfabetismo em Portugal – os dados estatísticos, as políticas públicas e os analfabetos. *Revista Internacional de Educação de Jovens e Adultos*. 2019;1(2):17. doi:10.31892/rieja.v1i2.6156
 109. Figueiredo A, Ferreira L, Figueiredo P. Impacto Psicosocial do Cancro da Mama na Mulher. *Enfermagem Oncológica*. 2001;17:22-27.
 110. Sobral Z. Adaptação Psico-social do Doente Oncológico. Divulgação. 1987; 3: p. 5-7.
 111. Kissane DW, Bloch S, McKenzie DP. Family coping and bereavement outcome. *Palliative Medicine*. 1997;11(3):191-201. doi:10.1177/026921639701100303
 112. Riechelmann RP, Saad ED. A Systematic Review on Drug Interactions in Oncology. *Cancer Investigation*. 2006;24(7):704-712. doi:10.1080/07357900601063766
 113. Riechelmann RP, Tannock IF, Wang L, Saad ED, Taback NA, Krzyzanowska MK. Potential Drug Interactions and Duplicate Prescriptions Among Cancer Patients. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2007;99(8):592-600. doi:10.1093/jnci/djk130
 114. Tam-McDevitt J. Polypharmacy, aging, and cancer. *Oncology (Williston Park)*. 2008;22(9):1052-1055. Accessed May 10, 2022. <https://www.cancernetwork.com/view/polypharmacy-aging-and-cancer>
 115. Gonçalves F. Deprescription in Advanced Cancer Patients. *Pharmacy*. 2018;6(3):88. doi:10.3390/pharmacy6030088
 116. Sociedade Portuguesa de Oncologia. *100 Perguntas Chave No Cancro Da Mama*. 2ª Edição. Permanyer Portugal; 2017. Accessed October 4, 2022. https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/2_100_mama.pdf

117. Batista MV, Rocha R, Atalaia G, Carneiro C, Nunes V, Fiuza T. Carcinoma gástrico: tratar antes de operar? Revisão da evidência atual. *Revista Portuguesa de Oncologia*. 2019;3(1):5-12. Accessed October 4, 2022. https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/revistas/revista_marco_2019.pdf
118. Sociedade Portuguesa de Oncologia. *100 Perguntas Chave No Cancro Do Pulmão*. 2ª Edição. Permanyer Portugal; 2017. Accessed October 4, 2022. https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/pulmao_2.pdf
119. Estêvão R, Santos T, Ferreira A, Machado A, Fernandes J, Monteiro E. Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta Médica Portuguesa*. 2016;29(10):597. doi:10.20344/amp.7003
120. Rungay H, Ferlay J, de Martel C, et al. Global, regional and national burden of primary liver cancer by subtype. *European Journal of Cancer*. 2022;161:108-118. doi:10.1016/j.ejca.2021.11.023
121. Fleming M, Ravula S, Tatishchev SF, Wang HL. Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *J Gastrointest Oncol*. 2012;3(3):153-173. doi:doi: 10.3978/j.issn.2078-6891.2012.030
122. Grünewald TG, Alonso M, Avnet S, et al. Sarcoma treatment in the era of molecular medicine. *EMBO molecular medicine*. 2020;12(11):e11131. doi:10.15252/emmm.201911131
123. Stiller CA, Trama A, Serraino D, et al. Descriptive epidemiology of sarcomas in Europe: Report from the RARECARE project. *European Journal of Cancer*. 2013;49(3):684-695. doi:10.1016/j.ejca.2012.09.011
124. Coccolini F. Peritoneal carcinomatosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2013;19(41):6979. doi:10.3748/wjg.v19.i41.6979
125. Alyami M, Kim BJ, Villeneuve L, et al. Ninety-day post-operative morbidity and mortality using the National Cancer Institute's common terminology criteria for adverse events better describe post-operative outcome after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *International Journal of Hyperthermia*. 2017;34(5):532-537. doi:10.1080/02656736.2017.1367846
126. Lilley EJ, Khan KT, Johnston FM, et al. Palliative Care Interventions for Surgical Patients. *JAMA Surgery*. 2016;151(2):172. doi:10.1001/jamasurg.2015.3625

127. Surgeons Palliative Care Workgroup. Office of Promoting Excellence in End-of-Life Care: Surgeons' Palliative Care Workgroup Report from the Field. *Journal of the American College of Surgeons*. 2003;197(4):661-686. doi:10.1016/s1072-7515(03)00718-x
128. Almeida J, Domingos H. Cirurgia Paliativa. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 3ª Edição; 2016:437-446.
129. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;34(1):94-104. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
130. Sweeney C, Neuenschwander H, Bruera E. Fatigue and asthenia. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press; 2004:560-568.
131. Breitbart W, Chochinov H, Passik S. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press; 2004.
132. Passik S, Grummon L. Post Traumatic Stress Disorder. In: *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press; 1998:595-607.
133. Andrade S. *A Perda de Autonomia Em Doentes Paliativos Com Cancro Do Pulmão*. Dissertação de Mestrado. 2009. Accessed May 10, 2021. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1920/12/589539_Tese.pdf
134. Jeyasingam L, Agar M, Soares M, Plummer J, Currow D. A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008;55(4):266-272. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00705.x
135. Javier NSC, Montagnini ML. Rehabilitation of the Hospice and Palliative Care Patient. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(5):638-648. doi:10.1089/jpm.2010.0125
136. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2013;32(1):34-43. doi:10.1177/1049909113514474
137. Osborne TR, Ramsenthaler C, de Wolf-Linder S, et al. Understanding what matters most to people with multiple myeloma: a qualitative study of views on quality of life. *BMC Cancer*. 2014;14(1). doi:10.1186/1471-2407-14-496

138. Kasven-Gonzalez N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliative and Supportive Care*. 2010;8(3):359-369. doi:10.1017/s1478951510000167
139. World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization No. 2 Summary Report on Proceedings Minutes.*; 1948. Accessed March 12, 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
140. Minosso JSM, Souza LJ de, Oliveira MA de C. Reabilitação em Cuidados Paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(3). doi:10.1590/0104-07072016001470015
141. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23(12):2637-2644. doi:10.1200/JCO.2005.12.107
142. Schockett ER, Teno JM, Miller SC, Stuart B. Late Referral to Hospice and Bereaved Family Member Perception of Quality of End-of-Life Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;30(5):400-407. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.013
143. Braga R. *Influência Dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação No Controlo Da Dispneia Em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado. 2014. Accessed January 15, 2019. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2420/1/ulsd058207_tm_Ricardo_Braga.pdf
144. Jordhoy MS, Inger Ringdal G, Helbostad JL, Oldervoll L, Loge JH, Kaasa S. Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. *Palliative Medicine*. 2007;21(8):673-682. doi:10.1177/0269216307083386
145. Economou D. Palliative Care Needs of Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 2014;30(4):262-267. doi:10.1016/j.soncn.2014.08.008
146. Eyigor S. Is exercise ignored in palliative cancer patients? *World Journal of Clinical Oncology*. 2014;5(3):554. doi:10.5306/wjco.v5.i3.55

ANEXOS

ANEXO I – PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

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

(Traduzido e Adaptado de Harlos, 2002)


**ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE
EDMONTON**

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

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

Completado Por: Doente Cuidador Cuidador Com Auxílio

**ANEXO III – APRECIÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLCOGIA DE LISBOA**

	Apreciação e Votação de Parecer	CE
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Comissão de Ética	

Apreciação do Parecer

Parecer da Comissão de Ética sobre o projecto de investigação intitulado “Limitação das actividades diárias por intolerância à actividade física em doentes oncológicos: A influência da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos” – UIC/1484

O projecto enquadra-se no âmbito do mestrado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa da Investigadora Responsável, a Enfermeira Tatiana Sofia Faria da Silva, sob orientação do Professor Paulo Reis Pina.

O objectivo principal do projecto consiste em indagar o contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na diminuição da intolerância à actividade física em pacientes em Cuidados Paliativos com doença oncológica. O projecto, no qual estão envolvidos os Serviços de Cirurgia Geral e Gastroenterologia e a Equipa Intra-hospitalar em Cuidados Paliativos do IPOLFG, revela-se pertinente e bem desenhado.

Trata-se de um estudo quantitativo pré-experimental, com delineamento de um pré-teste e um teste prospetivo. A amostra será constituída por doentes internados no IPO, com mais de 65 anos, seleccionados de acordo com critérios bem definidos. No plano metodológico, parece adequado o uso de instrumentos internacionalmente validados, de um pré-teste de avaliação inicial do estado dos pacientes no que respeita à intolerância à actividade física e um pós-teste consistindo numa reavaliação final, de acordo com uma sequência bem articulada.

O projecto inclui um conjunto de considerações éticas que evidenciam preocupações sentidas pela Investigadora Responsável no seu desempenho profissional. Em consonância, o formulário de consentimento informado está correctamente elaborado, em linguagem acessível.


Em conclusão, o projecto é aprovado.

Lisboa, 4 de fevereiro de 2022

Pl'a Comissão de Ética


 Adelino Cardoso

**ANEXO IV – PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO DO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA**

	Parecer do Conselho de Investigação	UIC
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Unidade de Investigação Clínica	

Tipo de Projecto: Ensaio Clínico Estudo Observacional Estudo académico
Investigação Básica Estudo Laboratorial

Título: Limitação das actividades diárias por intolerância à actividade física em doentes oncológicos: A influência da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos – UIC/1484

Promotor/ Entidade financiadora: Universidade de Lisboa + IPO Lisboa

Investigador Responsável: Tatiana Silva

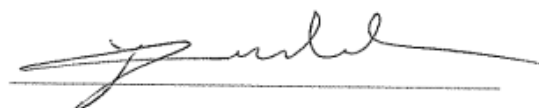
Serviços participantes: Cirurgia Geral

PARECER DO CONSELHO DE INVESTIGAÇÃO:

O protocolo agora resubmetido foi actualizado e revisto, após o parecer da Enf^a. Dora Franco e enquadra-se nos objectivos de investigação do IPO, pelo que se propõe aprovação.


Data: 01/02/2022

Assinatura:



Pelo Conselho de Investigação

**ANEXO V – APRECIÇÃO DO PARECER DE ADENDA DA
COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DE LISBOA**

	Apreciação e Votação de Parecer	CE
	INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, EPE Comissão de Ética	

Apreciação do Parecer

Projeto de investigação intitulado "Limitação das atividades diárias por intolerância à atividade física em doentes oncológicos: A influência da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos" - UIC/1484

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, apreciou o parecer do perito no âmbito da Adenda apresentada ao projeto acima identificado.

O processo foi votado pelos membros da CES presentes:

Presidente – Dra. Filomena Pereira

Doutor Adelino Cardoso, Dra Cristina Nave, Enfermeira Maria Manuel Pinto, Dra Susana Rodrigues, Dra Fatima Vaz, Dra Manuela Paiva

Resultado da Votação:

Parecer: Favorável (Fundamentação em anexo)

Data: 07-07-2022

Pela Comissão de Ética para a Saúde do IPOLFG-EPE

A Presidente
 Maria Filomena Pereira



Sandra Cristina Calca

De: Tatiana Silva <enf.tsilva@gmail.com>
Enviado: 20 de maio de 2022 08:51
Para: Comissão de Ética para a Saúde do IPOLFG-EPE
Assunto: Adenda Projeto de Investigação
Anexos: Parecer CI UIC_1484.pdf; Parecer CE - UIC 1484- F.pdf; Protocolo Estudo - adenda 20.05.22.doc

[Remetente de origem externa ao sistema de email corporativo do SNS/MS] Não abra links ou anexos de pessoas

Excelentíssima Presidente da Comissão de Ética Dra Filomena Pereira,

Chamo-me Tatiana Silva e na qualidade de Investigadora do Projeto "*Limitação das actividades diárias por intolerância à actividade física em doentes oncológicos: A influência da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos*" – **UIC/1484** com parecer positivo emitido pela Comissão de Ética Hospitalar a 04/02/22 (que anexo), venho por este meio solicitar e fundamentar uma adenda aos critérios de inclusão - esta alteração encontra-se identificada e sublinhada na página 4 do protocolo do estudo.

A adenda mencionada terá sido ponderada e igualmente considerada pelo Orientador, Sr. Professor Doutor Paulo Reis Pina, mediante a ausência de população-alvo até ao presente momento. Na ausência de pacientes referenciados para acompanhamento pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (critério de inclusão) no Serviço de Cirurgia Geral (Serviço onde foi autorizado o desenvolvimento do Estudo) surgiu a necessidade de considerar adicionalmente os "pacientes que tenham sido submetidos ou que se encontrem sob tratamento paliativo" para desta forma poder incluir no Estudo a população submetida a Quimioterapia, Radioterapia e / ou Cirurgia Paliativa que possa, no entanto, não se encontrar a sob acompanhamento da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Muito Grata pela Atenção e Disponibilidade, ficando a aguardar pelo Vosso parecer,
Tatiana Silva (Enfermeira, 68706)

Nada a opor.

A adenda justifica-se inteiramente

Adeino Cardoso
(p/la comissão de ética) 07/07/2022

**ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO
ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA**



Presidente

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

Vice-Presidente

Prof.^a Doutora Helena Cortez-Pinto

Membros

Prof.^a Doutora Ana Isabel Lopes
Doutora Carla Fonseca
Prof.^a Doutora Cláudia Sofia Oliveira Dias Monge
Prof. Doutor Daniel Caldeira
Prof.^a Doutora Dulce Brito
Mestre Enfermeira, Graça Roldão
Prof. Doutor João Lavinha
Dra. Laura Silva Dias
Prof.^a Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Exma. Senhora

Enfermeira Especialista Tatiana Sofia Faria da Silva

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE

Lisboa 27 de Julho de 2022

Nossa Ref.^a N.º 369/21

Assunto: Projeto "Limitação das actividades diárias por intolerância à actividade física em doentes oncológicos: a influência da enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos"

Relator: *Mestre Enfermeira Graça Roldão*

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa, obteve, na reunião ocorrida em 15 de Julho de 2022, parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundeiam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei. N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua atual redação alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198-2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia a de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o projeto, que considera obedecer aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

ANEXO VII – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE para Investigação Clínica

Parte Informativa

1. TÍTULO DO PROJECTO	LIMITAÇÃO DAS ACTIVIDADES DIÁRIAS POR INTOLERÂNCIA À ACTIVIDADE FÍSICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS: A INFLUÊNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS
<p>2. DESCRIÇÃO DO PROJECTO, SUA NATUREZA E OBJETIVO</p> <p>Metodologia, nomeadamente identificação dos Procedimentos do Estudo, nomeadamente procedimentos Invasivos, Consultas e seus detalhes (p ex, número e duração).</p>	<p>O presente Estudo realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos em desenvolvimento na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e tem como objetivo principal compreender o contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na diminuição da Intolerância à Atividade Física no Paciente em Cuidados Paliativos (CP) com cancro.</p> <p>A Intolerância à Atividade Física (IAF) consiste na <i>falta de capacidade ou falta de energia para tolerar ou completar actividades</i>.</p> <p>Os objetivos secundários são: (1) Avaliar se os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm influência na diminuição da IAF no paciente em CP com cancro; (2) Determinar a influência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na performance status do paciente oncológico com IAF, que se encontra em CP; (3) Verificar se há correlação entre as Técnicas de Conservação de Energia e a <i>Performance Status</i> do Paciente em CP com cancro.</p> <p>As técnicas de conservação de energia são <i>intervenções que podem permitir a conclusão de determinada atividade com recurso a estratégias de regulação da energia que possibilitam a conclusão da tarefa</i>.</p> <p>A população alvo do estudo integra Pacientes portadores de doença oncológica hospitalizados no Serviço de Cirurgia Geral e Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa.</p> <p>Pondera-se a realização de uma avaliação inicial seguida de Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e posterior re-avaliação.</p> <p>A avaliação inicial será realizada mediante a aplicação de instrumentos de recolha de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da Intolerância à Actividade Física; - Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS); - Frequência cardíaca; - Frequência respiratória; - Palliative Performance Scale (PPS). <p>Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são constituídos por intervenções no âmbito da reeducação ao esforço e técnicas de conservação de energia. A título de exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover Conforto e Relaxamento em posição de sentado ou deitado; - Promover posições de descanso e Técnicas de Correção Postural; - Treinar a Consciencialização e Controlo da Respiração; - Planear e executar exercícios de mobilidade; - Promover a locomoção;

	<p>- Treino de Atividades de Vida Diárias.</p> <p>A re-avaliação será conduzida pela aplicação dos instrumentos previamente apresentados, no entanto, em tempos determinados para o efeito. Deste modo, pretende-se a reavaliação da <i>ESAS</i>, Frequência Cardíaca e Respiratória imediatamente após a conclusão da intervenção. A aplicação da <i>PPS</i> será efetuada no dia seguinte à intervenção por se considerar que o efeito das intervenções realizadas poderá não ser imediato.</p> <p>Perspetiva-se que este procedimento seja realizado uma vez por dia, durante o período de internamento até ao momento da alta ou mediante a ocorrência de alterações no processo de saúde / doença que o justifiquem.</p>
<p>2. RISCOS GRAVES E RISCOS FREQUENTES</p> <p>Riscos ou incómodos previsíveis derivados do estudo</p>	<p>Não se assinalam riscos graves ou frequentes previsíveis decorrentes do Estudo. Respeitando a Deontologia e Ética Profissional, a Prática Assistencial em Estudo tem sido realizada sem incómodos identificados pelo que, deste modo se pretende gerar evidência da Intervenção já concretizada.</p>
<p>3. BENEFÍCIOS</p> <p>Benefícios Expectáveis, ou se tais Benefícios Não são Expectáveis.</p>	<p>Os Benefícios Expectáveis incidem na possibilidade de potenciar gestão mais eficaz de sintomas mediante a integração de um programa de Reabilitação direcionado às Técnicas de Conservação de Energia e Reeducação ao Esforço com melhoria expectável do nível de funcionalidade e redução do nível de dependência.</p> <p>Este Estudo pretende gerar Conhecimento Científico de modo a produzir evidência que poderá impulsionar ciclos ativos de melhoria relativa à Prestação de Cuidados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Paliativos pela recriação de formas de intervenção com vista à otimização da Qualidade de Vida da População considerada.</p>
<p>4. POSSÍVEIS ACONTECIMENTOS ADVERSOS (de todos os procedimentos do estudo).</p>	<p>Não se identificam acontecimentos adversos mediante a correta aplicabilidade dos Critérios de Inclusão e de Exclusão.</p>
<p>5. APROVARAM O ESTUDO</p>	

PARTE DECLARATIVA DO PROFISSIONAL

Confirma-se que foi informado/a o/a Paciente abaixo indicado/a, de forma adequada respeitante aos Procedimentos que o Estudo envolve.

Foram respondidas todas as questões colocadas, assegurando-se o período de reflexão para a Tomada de Decisão. Foi transmitida que a participação é de carácter voluntário, não remunerada, e que, a qualquer altura, o/a Paciente é livre de abandonar o Estudo, caso sinta necessidade de o fazer, sem que ocorra nenhum prejuízo no contexto da sua Assistência Clínica continuando a ser acompanhado pela Equipa que já o seguia.

O Paciente foi informado da segurança e privacidade dos dados pessoais recolhidos (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 - Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto) mediante a pseudonimização dos mesmos, decorrendo de uma atribuição de um código cuja chave de descodificação é restrita ao Investigador Principal.

Nome legível do investigador Principal: Tatiana Sofia Faria da Silva

ASSINATURA _____ **DATA:** 07 /10/ 2021

CONTACTO TELEFÓNICO 91XXX XX XX **E-mail** enf.tsilva@gmail.com

À PESSOA/REPRESENTANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar informações, caso não se encontre esclarecido/a sobre os mesmos. Verifique as respetivas informações, caso concorde com as mesmas, solicita-se a sua assinatura.

PARTE DECLARATIVA DA PESSOA QUE CONSENTE

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo Profissional de Saúde que assina este documento, ficando em minha posse respetiva cópia do Presente Documento.

Foi dada oportunidade de colocar todas as perguntas sobre a temática, ao qual obtive todas as respostas de uma forma esclarecedora, garantido que não ocorrerá prejuízo para os meus direitos assistenciais ou recusar destes. Foi atribuído tempo suficiente para reflexão dos itens assinalados do referente Estudo.

Autorizo

Não autorizo

Nome legível _____

Assinatura _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º: _____

DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

ANEXO VIII – ENSINOS CLÍNICOS

Apesar do Ensino Clínico (EC) não se configurar um requisito acadêmico formal para a conclusão da presente Dissertação de Mestrado, pareceu-me inquestionável a importância deste na oportunidade de desenvolver e consolidar competências. O EC foi direcionado para a concretização dos objetivos gerais e específicos listados na Tabela 48.

Objetivo Geral: Desenvolver competências nos domínios do Saber, Saber Fazer e Saber Ser na prestação dos cuidados de Enfermagem à Pessoa/Cuidador em CP no âmbito da EIHSCP.	
Objetivos específicos	Estratégias/Recursos
Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento da instituição e serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar; - Visita ao espaço físico do serviço; - Conhecer os recursos humanos que integram a equipa; - Conhecer dinâmicas de intervenção, normas / protocolos, suporte de registos utilizados, projetos desenvolvidos no serviço. - Conhecer a população alvo de prestação de cuidados.
Conhecer a prestação de Cuidados de Saúde no âmbito da EIHSCP e as articulações estabelecidas na continuidade de Cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e conhecer as valências assistenciais que compõem a prestação de Cuidados da EIHSCP; - Conhecer a intervenção do enfermeiro na prestação de cuidados, enquadrado na equipa multidisciplinar; - Identificar os instrumentos de avaliação utilizados na prestação de cuidados; - Conhecer os processos de articulação com serviços intra e inter-hospitalares e comunitários; - Conhecer o posicionamento da equipa relativo à integração / prestação de Cuidados de ENF-REAB em CP.
Identificar Cuidados específicos de ENF-REAB à Pessoa / cuidador em CP	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar colheita de dados, através da análise do processo clínico e entrevista à pessoa/cuidador relativamente à IAF, dificuldades que incapacitam o autocuidado, auto-conceito de QDV, níveis de funcionalidade / dependência; desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas pelo cuidador. - Realizar planos de intervenção de educação para a saúde de Cuidados de ENF-REAB individualizados, adequados às necessidades individuais da pessoa e cuidador com vista à capacitação da autonomia, promoção do conforto e a potenciar a gestão de sintomas. - Ensinar e instruir técnicas específicas de RFR e RFM tendo em consideração as características individuais da Pessoa e a especificidade da sua patologia, se adequado (com envolvimento do Cuidador).

Tabela 47 – Objetivos Propostos para Ensino Clínico

Foi concedida autorização para EC no IPOL num período que totalizou as 24h, o que respetivamente correspondeu a três turnos. A EIHSCP do IPOL é constituída por Médicos (3), Enfermeiros (8), Assistente Social (1), Psicóloga (1), Capelão (1), Assistente Operacional (1). Cumpre horário de funcionamento das 8h às 16h, os sete dias da semana incluindo Feriados. Integra as valências de consulta externa, consultoria em internamento, serviço de apoio domiciliário (SAD) e equipa de gestão de altas (EGA). A consulta externa presencial ocorre de segunda a quinta em espaço físico destinado para o efeito na presença de médico e enfermeiro sendo estabelecida articulação com profissionais de saúde de outras áreas de acordo com as necessidades identificadas. As consultas de urgência são alocadas num dia específico da semana, preferencialmente às quartas-feiras. A equipa também realiza consultas remotas por via telefónica, incluindo vídeo-chamada,

Os temas mais frequentes incidiram no declínio da funcionalidade e nível de independência, IAF, dor e défice de adesão ao regime terapêutico.

A consultoria dos pacientes (e família) em internamento concretiza-se mediante referenciação digital (Sclinico) exclusivamente médica pelo princípio da necessidade de ser estabelecido um compromisso no plano terapêutico farmacológico. Os motivos de referenciação para a EIHSCP são sobretudo o controlo de sintomas refratários e a referenciação para a RNCI – UCP. Foi possível validar que a referenciação ocorre com mais frequência nos serviços de Oncologia Médica. Os serviços de Especialidade Cirurgia referenciam pacientes menos frequentemente.

Nesta valência, a EIHSCP acompanha os pacientes internados de segunda a sexta-feira seguindo uma metodologia que passa por consultar os registos referentes aos pacientes em acompanhamento de modo a estabelecer prioridades de intervenção, se necessário. Em folha de registo própria sinalizam as principais considerações. Posteriormente o Médico e a Enfermeira deslocam-se presencialmente aos serviços para observar os pacientes, avaliar / reavaliar as suas necessidades validando com o seu enfermeiro de referência ou elo de ligação a avaliação realizada e as alterações que propõem concretizar. Este momento é identificado como uma mais-valia para todos os profissionais envolvidos pela oportunidade de complementar informação relativa ao paciente / família e constitui-se, igualmente, um momento para explorar e fortalecer aspetos científicos da prática clínica baseada na evidência. Foi possível identificar que 100% dos pacientes consultados pela EIHSCP apresentavam IAF

em associação a outros sintomas, fortalecendo a pertinência da temática explorada na presente Dissertação de Mestrado.

O SAD permanece em funcionamento sete dias da semana, incluindo feriados e dá resposta à população da área geográfica de Lisboa com necessidades diferenciadas em CP. Não foi possível acompanhar a intervenção da EIHSCP nesta valência, no entanto, a sua ação foi contextualizada com atribuição de ênfase nos processos de educação a pacientes e familiares com foco em estratégias de adaptação do meio para melhor corresponder às necessidades identificadas. Foi explorada a importância de se auscultar o desejo do paciente e família em permanecer no domicílio e de ser necessário conciliar a competência técnica na prestação de cuidados das 16h às 8h mediante um processo de morte em decurso. Tive a oportunidade de contactar com pacientes que estavam a ser acompanhados em contexto domiciliário pelo SAD e que por descontrolo sintomático com necessidade de competências técnicas acrescidas na manutenção da terapêutica e a impossibilidade de esta poder ser garantida no domicílio, foi tomada a decisão conjunta (SAD, paciente e família) de se proceder à hospitalização em serviços de Oncologia Médica com continuidade do acompanhamento pela EIHSCP.

A EGA corresponde a outra valência que esta equipa integra. Esta responsabiliza-se pela referenciação de pacientes internados ou que se encontrem em contexto domiciliário com necessidades diferenciadas em CP para Equipas Comunitárias e da RNCP. Este processo é dinâmico podendo alterar de acordo com as necessidades e condição clínica do paciente. A EGA integra processos de preparação de alta hospitalar com envolvimento do próprio paciente e da família.

É frequente a realização de Conferências Familiares com a participação do Médico, Enfermeiro. Apesar de, no período considerado não ter sido possível participar na realização de uma conferência familiar, estas integram o plano de cuidados dos pacientes acompanhados por esta Equipa, realizando-se sempre que se considere uma necessidade. Não estando isenta de experiências profissionais com a EIHSCP no contexto da prática clínica, saliento a oportunidade de já ter participado em conferências familiares previamente, o que permitiu validar os objetivos da sua concretização à luz da literatura.

Adicionalmente, esta Equipa também referencia pacientes que não apresentam necessidades paliativas para outras tipologias da RNCCI (Equipa de Cuidados Continuados

Integrados, Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e de Reabilitação e de Longa Duração).

Foi igualmente honrosa a oportunidade de desenvolver EC na Unidade de Medicina Paliativa (UMP) no HSM de 9 de maio de 2022 a 30 de junho de 2022, num total de aproximadamente 96 horas com autorização da Enf.^a Amélia Matos, sob orientação da Enf.^a Dulce Oliveira e com o envolvimento de toda a Equipa. Considero que este EC terá tido destaque no meu crescimento enquanto pessoa e profissional. Os objetivos formulados para o desenvolvimento do EC foram mencionados na descrição referente ao EC no IPOL. Esta UMP é constituída por Médicos (2), dos quais se destaca a Dr.^a Filipa Tavares no desempenho de funções de Coordenadora Médica; Enfermeiros (6); Assistente Social e Psicóloga. Horário de funcionamento em dias úteis, sete dias por semana das 8h às 20h em turnos das 8h às 15h; 10h às 17h e 13h às 20h.

Fazem o acompanhamento de pacientes com necessidades paliativas referenciados por Equipas Comunitárias e Serviços Intra-Hospitalares, neste último caso, com maior incidência para avaliação de critérios para referenciação para UCP. Têm uma valência de Consulta Externa que integra a avaliação sintomática e adequação do plano de cuidados às necessidades do paciente e do seu cuidador. Os temas mais frequentes, à semelhança do EC realizado no IPOL, incidiram no declínio da funcionalidade e nível de independência, IAF, dor e défice de adesão ao regime terapêutico.

Executam-se procedimentos com frequência, nomeadamente, paracenteses evacuadoras e diagnósticas. A Equipa apresenta-se atenta às necessidades de incrementar os apoios disponíveis, comunitários e hospitalares, mediante a alteração das necessidades e progressão da trajetória de doença. Realizam Consulta presencial e telefónica recebendo contactos de pacientes e ou seus cuidadores dando resposta a questões de diferentes temas embora a mais frequente coincida com a descompensação sintomática.

Foi muito enriquecedor ter tido a oportunidade de identificar que a equipa reconhece como relevante a influência da Reabilitação em CP, sentindo a necessidade de recorrer aos conhecimentos desta Disciplina para recomendação de dispositivos auxiliares de marcha, estratégias de adaptação e organização do domicílio para manutenção da autonomia do paciente, redução da sobrecarga do cuidador e sobretudo de TCE. De uma forma geral, a maior parte dos pacientes com quem contactei tinham doença oncológica e diagnóstico de IAF presente. Foi possível entrevistar os pacientes e consolidar que a IAF é um problema

identificado pela sua maioria. Validaram as implicações desta nas limitações das AVD e a influência negativa na sua QDV. Muitos dos pacientes e cuidadores têm dificuldade em aceitar o declínio da sua funcionalidade e integrá-la no seu dia a dia, o que precipita outros riscos, nomeadamente o de queda. Tive a oportunidade de executar ensino e instrução de técnicas específicas de Reabilitação tendo em consideração as características individuais do paciente e a especificidade da sua patologia.

Mediante as necessidades de serviço identificadas e a popularidade do tema, elaborei um documento que pudesse ser disponibilizado aos pacientes e seus cuidadores relativamente às TCE no formato de ficha formativa. Este documento abrange alguns temas, nomeadamente recomendações gerais, AVD e atividades domésticas.

1. O que é o Cansaço?

Sensação de falta de energia que pode não reduzir com o repouso. Pode comprometer a capacidade para realizar as atividades de vida diária com impacto na sua qualidade de vida, pelo que não o deve desvalorizar.

2. Como se manifesta?

- Aumento da pulsação
- Dificuldade em reduzir a pulsação depois de um esforço após três minutos de repouso
- Respiração mais superficial e rápida que pode estar associada a sensação de falta de ar
- Palidez
- Tonturas
- Dificuldade em concluir as tarefas do dia a dia
- Sentir que os movimentos são cansativos

3. Quais as principais causas:

- Tratamentos de quimioterapia, radioterapia e/ ou cirúrgicos
- Imobilidade
- Dor não controlada
- Falta de ar
- Insónia
- Depressão



4. Que cuidados devo ter para o evitar ou diminuir?

Existem técnicas que permitem atenuar o cansaço. Estas podem possibilitar que termine as tarefas, preservando a sua autonomia tanto quanto possível.

4.1. Técnicas da respiração

- Tente controlar a respiração durante toda a atividade. Evite falar enquanto as realiza.



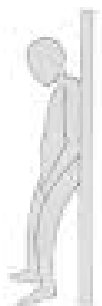
- Inspire lentamente pelo nariz como se cheirasse uma flor.
- Expire de forma lenta e prolongada pela boca, com os lábios semicerrados como se soprasse uma vela.



- Expire durante o esforço. Evite reter o ar enquanto o executa.

4.2. Planeamento de atividades

- Mantenha uma postura correta e alinhada.
- Planeie as atividades antecipadamente – prepare o material necessário para a atividade que irá realizar. Faça as pausas necessárias durante a realização da tarefa.
- Priorize as atividades de acordo com a sensação de cansaço. Pode construir um diário onde registe os momentos em que se sentiu mais cansado para poder planear as atividades de vida diária. Inicie o seu dia pelas atividades que possam ser mais exigentes e que precisem de mais energia.
- Descanse entre as atividades ao longo do dia - o repouso prolongado está associado ao aumento da sensação de cansaço.
- Adote posições de descanso que possam favorecer uma recuperação mais rápida (associe o controlo da respiração):



Posição de Cocheiro em pé – incline o tronco para a frente e coloque as mãos sob as pernas.

Posição de Cocheiro sentado - Incline o tronco ligeiramente para a frente com as mãos / braços apoiados sob as pernas, pés ligeiramente afastados e totalmente apoiados no chão. Pode recorrer a uma



almofada e optar por cruzar os braços sob a mesma apoiando também a cabeça.

5. Recomendações Específicas

5.1. Atividades de Vida Diária

- Pode evitar o dispêndio de energia ao direcioná-la exclusivamente para o seu autocuidado.
- Faça a sua higiene sentado. Pode colocar uma plataforma, cadeira ou banco próprio para o efeito (evitar bancos de madeira). Se tiver banheira poderá recorrer a uma cadeira giratória.



- Tenha em consideração que a higiene da cabeça e dos braços é mais cansativa por estar a utilizar músculos que também participam no controlo da sua respiração.



alternada.

- Mantenha um braço apoiado na sua perna e com o outro, realizar a higiene alternadamente.
 - Utilize uma escova de cabo longo para lavar as costas e ajudá-lo a manter a sua autonomia.
 - Para lavar os pés, cruze uma perna sob a outra, de forma alternada.
- Apoie os antebraços ou cotovelos no lavatório (em posição de sentado) para escovar os dentes ou fazer a barba. Começar por esta atividade pode ajudar a reduzir o esforço.



5.2. Vestir e despir

- Coloque a roupa pela ordem pela qual a vai vestir.

- Vista-se sentado, começando pelas peças de roupa da parte inferior do corpo e só depois a parte superior.
- Evite roupas justas ao corpo.
- Opte por calçado confortável, fechado, sem atacadores.
- Use uma calçadeira de cabo comprido.



5.3. Alimentar-se

- Alimentar-se pode contribuir para que se canse. Quando começar a ficar cansado aceite ajuda de outra pessoa.
- Posicione-se de acordo com as técnicas de relaxamento anteriormente descritas (em posição de sentado ou de barriga para cima com a cabeça elevada).
- Para prevenir que se engasgue, faça pausas para inspirar profundamente e expirar lenta e prolongadamente.
- Leve a comida à boca apoiando o cotovelo no movimento. Pode usar talheres de cabo mais comprido.

5.4. Treino de marcha, subir / descer escadas

- Antes de sair de casa planeie o trajeto da sua caminhada - distância a percorrer, procure identificar subidas e descidas, escadas, tipo de pavimento (regular ou irregular), locais para se sentar e poder repousar.
- Poderá ficar cansado mais facilmente ao percorrer pavimentos irregulares, subidas e descidas pelo que, nestes casos, abrande o ritmo do passo, inspire pelo nariz e expire pela boca com os lábios semicerrados. Expire enquanto dá o passo.
- Quando subir/ descer escadas inspire em repouso e expire lentamente enquanto sobe/ desce 1 a 2 degraus amparado no corrimão ou parede.
- Coloque um banco ou cadeira ao cimo das escadas ou entre patamares para descansar ou pode encostar-se à parede, inclinado para a frente com as mãos apoiadas sob as pernas.

- Se necessário recorra a um dispositivo que apoie a sua marcha, como por exemplo um andarilho, de forma a distribuir o peso do corpo pelos quatro membros. Procure a orientação de um profissional de saúde.



5.5. Cozinhar

- Tente guardar os objetos mais utilizados nas prateleiras que ficam entre os seus ombros e a cintura.
- Se for mais fácil, pode preparar os alimentos sentado.
- Cozinhe quantidades maiores de comida para as alturas em que estiver demasiado cansado para o fazer. Poderá optar por congelar comida para refeições futuras.

5.6. Transportar objetos

- Transporte os objetos junto ao corpo - reparta o peso pelos dois braços, tente manter uma postura correta.
- Levantar pesos: fletir os joelhos mantendo as costas direitas enquanto inspira; levantar o objeto enquanto expira lentamente.
- Tenha em consideração que é mais fácil puxar do que empurrar.
- Quando for às compras, organize uma lista e utilize um carrinho de compras para facilitar a deslocação. Pode apoiar-se nele, inclinando o tronco para a frente.
- Coloque as compras nos sacos pela ordem que pretende arrumá-las em casa.

6. Atividades Domésticas

- Utilize utensílios de cabo comprido (vassoura e pá).
- Faça a cama de forma a mudar para o outro lado uma única vez.
- Se aspirar o pó, faça-o inspirando enquanto o afasta e expire enquanto o aproxima.

- Opte por recorrer a estendais com abas dobráveis pelo acesso facilitado às mesmas e pelo posicionamento próximo do seu umbigo.
- A tábua de passar a ferro dever estar posicionada ao nível do umbigo. Poderá passar a roupa sentado num banco / cadeira.



7. Que aspetos devo vigiar?

- Aumento da dificuldade ou incapacidade em realizar as atividades de vida diária
- Impacto na qualidade de vida.
- Cansaço mantido, apesar da utilização das técnicas referidas.

Contacte o Enfermeiro que o acompanha!

ANEXO IX – FORMULÁRIO DE COLHEITA DE DADOS

- ***Identificação pseudonimizada do paciente (ID):***
- Idade:
- Género:
- Escolaridade:
- Agregado familiar/ Com quem vive:
- Antecedentes Pessoais de Saúde (AP):
- Tipo de cancro:
- Tempo decorrido desde o diagnóstico:
- Tratamentos a que o paciente foi submetido:
- Esquema terapêutico:
- Terapêutica em pré-renata:
- Motivo de internamento:
- Dias de internamento:

- De 0 a 10 como sente que a IAF interfere com a sua Qualidade de Vida?
- Encaminhamento / preparação para a alta

<i>Sessão n°:</i>			
Instrumentos de Medida	Registro da avaliação Inicial (pré-teste)	Programa de Reabilitação de Técnicas de Conservação de Energia e de Reeducação ao esforço (X)	Registro da avaliação Final (pós-teste):
<input type="checkbox"/> Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (em anexo – A2) <input type="checkbox"/> <i>Palliative Performance Scale</i> (em anexo – A1) <input type="checkbox"/> Avaliação da Frequência Cardíaca (FC) <input type="checkbox"/> Avaliação da Frequência Respiratória (FR)	<input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> PPS (score total): <input type="checkbox"/> ESAS: - Dor: - Cansaço: - Depressão: - Ansiedade: - Sonolência: - Apetite: - Bem-estar: - Falta de ar: - Outro Problema:		<input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> PPS (score total): <input type="checkbox"/> ESAS: - Dor: - Cansaço: - Depressão: - Ansiedade: - Sonolência: - Apetite: - Bem-estar: - Falta de ar: - Outro Problema:
Duração da Intervenção (minutos):			

<i>Sessão n°:</i>			
Instrumentos de Medida	Registro da avaliação Inicial (pré-teste)	Programa de Reabilitação de Técnicas de Conservação de Energia e de Reeducação ao esforço (X)	Registro da avaliação Final (pós-teste):
<input type="checkbox"/> Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (em anexo – A2) <input type="checkbox"/> <i>Palliative Performance Scale</i> (em anexo – A1) <input type="checkbox"/> Avaliação da Frequência Cardíaca (FC) <input type="checkbox"/> Avaliação da Frequência Respiratória (FR)	<input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> PPS (score total): <input type="checkbox"/> ESAS: - Dor: - Cansaço: - Depressão: - Ansiedade: - Sonolência: - Apetite: - Bem-estar: - Falta de ar: - Outro Problema:		<input type="checkbox"/> FR: <input type="checkbox"/> FC: <input type="checkbox"/> PPS (score total): <input type="checkbox"/> ESAS: - Dor: - Cansaço: - Depressão: - Ansiedade: - Sonolência: - Apetite: - Bem-estar: - Falta de ar: - Outro Problema:
Duração da Intervenção (minutos):			

Número total de sessões:
