



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS NAS EQUIPAS COMUNITÁRIAS: SCOPING REVIEW

Mónica de Fátima Martins Vaz

**Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

Orientação Científica:

Professor Leonel São Romão Preto

Professora Patrícia Maria Rodrigues Pereira Pires

Bragança, fevereiro de 2025

Vaz MFM. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS PALIATIVOS NAS EQUIPAS COMUNITÁRIAS: SCOPING REVIEW

Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 2025.

Alguns homens veem as coisas como são, e dizem 'Por quê?'
Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo 'Por que não?'
(Geroge Bernard Shaw)

Resumo

Enquadramento: Os cuidados paliativos no domicílio visam promover a qualidade de vida do doente em fase avançada através do controlo de sintomas, alívio do sofrimento e suporte emocional. O plano estratégico destes cuidados baseia-se numa abordagem holística, que prioriza a dignidade e a autonomia do doente. Os diferentes modelos de cuidados paliativos oferecem várias opções de assistência, adaptáveis às necessidades individuais de cada pessoa. A enfermagem de reabilitação desempenha um papel crucial nesta área, ao integrar técnicas de reabilitação nas equipas comunitárias e proporcionar cuidados adaptados à realidade domiciliária dos doentes paliativos.

Objetivo: Mapear na literatura científica a importância das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na prestação de cuidados paliativos nas equipas comunitárias.

Métodos: *Scoping Review* realizado de acordo com as diretrizes do Joanna Briggs Institute Scoping Review Methodology Group, com apresentação de resultados de acordo com a extensão *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews* (PRISMA). Teve como critérios de inclusão: artigos que abordassem pessoas em cuidados paliativos; foco em intervenções realizadas por enfermeiros; artigos publicados em inglês ou português, através de uma pesquisa em diferentes bases de dados, incluindo EBSCO e PubMed. Foram incluídos 13 artigos que revelaram elegibilidade e deram resposta à questão de pesquisa.

Resultados: Os resultados indicam uma variedade significativa de intervenções e abordagens nos cuidados paliativos domiciliários, refletindo a complexidade e a diversidade das necessidades das pessoas e dos seus cuidadores. Os estudos revistos destacam a eficácia de intervenções multicomponentes, da sua personalização e flexibilidade no apoio aos cuidadores e familiares, com melhorias na qualidade de vida. A formação em cuidados paliativos melhora a comunicação, a gestão e o trabalho em equipa multidisciplinar, além de atitudes em relação aos cuidados de fim de vida.

Conclusão: As intervenções multicomponentes, o planeamento antecipado, e a adaptação local são importantes para a eficácia dos cuidados paliativos domiciliários, sendo fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tenha uma abordagem flexível e personalizada de acordo com a diversidade dos contextos e das necessidades das pessoas, garantindo, assim, a maximização da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Enfermagem em reabilitação; Cuidados paliativos; Assistência domiciliária.

Abstract

Background: Home-based palliative care aims to promote the quality of life of patients in advanced stages of illness through symptom management, relief of suffering, and emotional support. The strategic plan for this type of care is based on a holistic approach that prioritizes the dignity and autonomy of the patient. Different models of palliative care offer various assistance options, adaptable to the individual needs of each person. Rehabilitation nursing plays a crucial role in this field by integrating rehabilitation techniques into community teams and providing care adapted to the home reality of palliative patients.

Aim: To map in the scientific literature the importance of Rehabilitation Nurse interventions in the provision of palliative care within community teams.

Methods: Scoping Review conducted in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute Scoping Review Methodology Group, with results presented following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA) extension. The inclusion criteria were: articles addressing individuals in palliative care, a focus on interventions carried out by nurses, and articles published in English or Portuguese. The search was conducted across various databases, including EBSCO and PubMed. A total of 13 articles met the eligibility criteria and provided answers to the research question.

Results: The results indicate a significant variety of interventions and approaches in home-based palliative care, reflecting the complexity and diversity of the needs of patients and their caregivers. The reviewed studies highlight the effectiveness of multicomponent interventions, as well as their personalization and flexibility in supporting caregivers and family members, leading to improvements in quality of life. Training in palliative care enhances communication, management, and multidisciplinary teamwork, as well as attitudes towards end-of-life care

Conclusion: Multicomponent interventions, advance planning, and local adaptation are essential for the effectiveness of home-based palliative care. It is crucial for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing to adopt a flexible and personalized approach, tailored to the diversity of contexts and individual needs, thereby ensuring the maximization of patients' quality of life.

Keywords: Rehabilitation nursing; Palliative care; Home nursing.

Siglas e Abreviaturas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

bpm - batimentos por minuto

CP - Cuidados Paliativos

CPD - Cuidados Paliativos Domiciliários

DL - Decreto-Lei

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

FC - Frequência Cardíaca

JBI - Joanna Briggs Institute

n.º - número

NUHELP - *NUrsing Homes End of Life Care Program*

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PCC - Participantes, Conceito e Contexto

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*

RC - Reabilitação Cardíaca

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO - World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO	10
PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	12
1. Caracterização dos Contextos de Estágio	13
1.1. Estágio I - Equipa de Cuidados Continuados Integrados	13
1.2. Estágio II - Unidade de Média Duração e Reabilitação Valpaços	15
1.3. Estágio III - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	16
1.4. Estágio IV - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Serviço de Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	18
1.5. Estágio V - Serviço de Ortopedia da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros ...	20
1.6. Estágio VI - Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro	21
2. Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	23
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	23
2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	23
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	24
2.1.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados	25
2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	26
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	26
PARTE 2 – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	31
1. Enquadramento Teórico	32
1.1. Cuidados paliativos no domicílio	32
1.1.1. Plano estratégico e filosofia dos cuidados paliativos	32
1.1.2. Modelos de cuidados e níveis de assistência em cuidados paliativos	34
1.1.3. Custo/efetividade dos cuidados paliativos domiciliários	36
1.2. Reabilitação em cuidados paliativos: uma estratégia de cuidado integral	37
1.2.1. Enfermagem de reabilitação dirigida aos cuidados paliativos	37
1.2.2. A família e o cuidado ao doente paliativo no domicílio	38
1.2.3. Enfermagem de reabilitação ao doente paliativo nas equipas comunitárias	39
1.2.4. Controlo de sintomas e medidas de conforto	39
1.2.5. Melhoria da capacidade funcional e autonomia.....	40

2. Metodologia	42
2.1. Tipo de estudo e questão de investigação	42
2.2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos	43
2.3. Estratégia de pesquisa.....	43
3. Apresentação dos Resultados	45
3.1. Síntese dos estudos	46
4. Discussão dos Resultados.....	50
4.1. Limitações	52
5. Conclusão	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estratégia PCC	42
Tabela 2 - Termos de pesquisa	44
Tabela 3 - Artigos selecionados	46
Tabela 4 - Objetivo, tipo de estudo e principal conclusão dos estudos incluídos	47
Tabela 5 - Características da amostra.....	48
Tabela 6 - Instrumentos de avaliação	48
Tabela 7 - Características das intervenções.....	49

Índice de Figuras

Figura 1 - Fluxograma do processo de <i>Scoping Review</i>	45
---	----

INTRODUÇÃO

Este relatório, desenvolvido para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, resulta das atividades realizadas durante um estágio profissional no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Tratando-se de um estágio de natureza profissional, foi conduzido conforme os objetivos específicos estabelecidos de acordo com a alínea b) do número 1 do artigo 20º do Decreto-Lei (DL) n.º 74/2006 de 24 de março.

A realização de estágios profissionais em Enfermagem de Reabilitação (ER) tem como objetivo o desenvolvimento das aprendizagens e a aquisição das competências essenciais para a prestação de cuidados de ER, tendo por base o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro), assim como o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação tem como objetivo desenvolver competências científicas, técnicas e humanizadas essenciais para a prestação de cuidados especializados nesta área. A formação capacita os profissionais para atuar em diferentes contextos, assegurando uma abordagem qualificada e adequada às necessidades das pessoas com problemas de incapacidade, com limitação da atividade ou restrição de participação, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (OE, 2011).

Para desenvolver estas competências, e no sentido de dar resposta aos constantes desafios da enfermagem, torna-se necessário adquirir saberes e estabelecer conexão entre teoria e prática, cultivar um espírito crítico-reflexivo e adaptar os conhecimentos adquiridos às novas situações. Cabe ao EEER desenvolver e implementar programas de treino para as atividades de vida diárias (AVD), visando a adaptação às limitações de mobilidade e a promoção da autonomia nos autocuidados. Além disso, é responsabilidade deste profissional de saúde conduzir programas de treino motor e cardiorrespiratório, fundamentais para promover a independência e a autonomia do utente.

No que diz respeito ao presente relatório, este assenta, quer nas competências comuns do EE, quer nas competências específicas do EEER em contexto hospitalar e comunitário, tendo

adotado o seguinte objetivo geral: Realizar uma análise crítica e reflexiva das experiências vividas durante a prática clínica e elaborar um balanço pessoal das competências desenvolvidas ao longo desse percurso.

Uma vez que exerço a minha atividade profissional de enfermeira numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e consciente da necessidade de uma formação especializada, escolhi a área de Reabilitação. Esta escolha foi realizada com base na convicção de que poderia potenciar a minha prática profissional ao adquirir um conjunto de conhecimentos mais específicos e especializados que me permitissem ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, considerando as suas condições de saúde e doença. O EEER tem vindo a assumir uma importância crescente, dada a complexidade e o âmbito da sua intervenção, assente em competências e padrões de qualidade que pautam a sua prática profissional. Motivo este que leva vários autores e estudos a confirmarem a importância da reabilitação em geral e, em particular, da intervenção do EEER junto da pessoa em situação paliativa.

Procurando aliar a relevância da intervenção do EEER aos meus interesses profissionais e pessoais, o trabalho de investigação apresentado neste relatório baseia-se numa *Scoping Review* e tem como tema: “O papel do enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados paliativos nas equipas comunitárias”.

A reabilitação é uma componente essencial dos Cuidados Paliativos (CP), e na missão de ambos (reabilitação e CP) está intrínseco o objetivo de ajudar a pessoa e família a viver o melhor possível, de acordo com as suas potencialidades e situação de doença. Neste sentido, o National Council for Palliative Care (2000), afirma que a reabilitação proporciona uma melhoria na função e qualidade de vida em pessoas gravemente doentes e às suas famílias, potenciando a redução do sofrimento físico, psicológico e espiritual.

Para estruturar e justificar este relatório, foi adotada uma abordagem metodológica expositiva e descritiva. Esta metodologia focou-se nas experiências práticas vivenciadas durante o estágio, na base científica disponível, assim como na análise crítica das práticas, com o objetivo de aprimorar as habilidades necessárias para o cuidado de enfermagem especializado, abrangendo competências científicas, técnicas, humanas relacionais.

O presente trabalho está estruturado em duas partes, versando a primeira o relatório de estágio, e a segunda, o trabalho de investigação anteriormente citado.

PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. Caracterização dos Contextos de Estágio

Conforme o guia orientador para o estágio de natureza profissional em ER, os estágios clínicos foram organizados para contemplar todas as áreas previstas no programa formativo do EEER, que decorreram no período de 18 de abril de 2023 a 28 de fevereiro de 2024, levando em conta os documentos reguladores da profissão de enfermagem e os critérios estabelecidos pela OE para a concessão do título de EEER. Desta forma, é garantida uma formação teórica e prática apropriada, além do desenvolvimento de competências interpessoais, instrumentais e sistémicas.

1.1. Estágio I - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O primeiro estágio decorreu na ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade Mateus, em Vila Real. Durante este período contei com a tutoria direta do EE Mário Costa.

A ECCI é uma equipa domiciliária que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo como objetivo promover e/ou recuperar a saúde dos utentes com diversos tipos de dependência, ou em risco de perda de funcionalidade, mantendo a sua autonomia no seu ambiente familiar (DL n.º 101/2006, de 06 de junho). A admissão na ECCI não tem qualquer custo económico para os utentes, sendo necessária a referência pela Equipa de Gestão de Altas hospitalar ou em alternativa pelas equipas das unidades funcionais de cuidados de saúde primários das Unidades Locais de Saúde, após o parecer favorável da Equipa Coordenadora Local da respetiva área geográfica.

A ECCI Mateus é constituída por uma equipa multidisciplinar, incluindo 7 enfermeiros (não em tempo integral), dos quais 2 são EEER. Dispõe de 20 vagas, sem um número específico reservado para utentes em reabilitação. Após a integração do utente na ECCI, é efetuada uma visita domiciliária nas primeiras 24 a 48 horas, com o objetivo de efetuar a avaliação inicial e identificar as necessidades do utente, após a qual é elaborado e acordado um plano individual de intervenção de ER, em conjunto com o utente e o cuidador, sendo definidos os objetivos, estratégias e intervenções a serem implementados, para a sua recuperação global ou manutenção, quer nos aspetos clínicos, quer sociais (DL n.º 101/2006, de 06 de junho). Posteriormente, é realizada a avaliação mensal, efetuando-se os respetivos registos no aplicativo da RNCCI, sendo que o sistema de informação em uso nos cuidados de saúde

primários é o SClínico CSP®. Neste sistema, são identificados os diagnósticos de enfermagem e documentadas as intervenções efetuadas nos utentes e cuidadores, bem como a atualização de diagnósticos de enfermagem que permitem observar a evolução da situação clínica do utente e os ganhos em saúde resultantes dos cuidados de enfermagem.

Na ECCI, o EE põe em prática os seus conhecimentos de reabilitação nas várias áreas: neurológica, respiratória e ortopédica. Ao fazê-lo, leva até às pessoas, numa política de proximidade, a possibilidade de usufruírem no seu domicílio de cuidados especializados de reabilitação que fazem a diferença na sua qualidade de vida. Cuidados estes que permitem às pessoas permanecerem junto das suas famílias no seu ambiente sociocultural, sem terem de abdicar da continuidade de cuidados, em especial, na área de ER (Fonseca & Oliveira, 2021). A inclusão do utente e família permite criar um ambiente facilitador da relação terapêutica, onde são abordados os objetivos das intervenções, geridas as expectativas em relação ao processo de reabilitação, e onde é, desde uma fase inicial, preparada a alta clínica em parceria com a família. Compete ao EEER identificar os alvos de intervenção, analisando as principais necessidades do utente, por forma a prestar cuidados que visem ajudá-lo na sua capacitação e gestão do seu autocuidado. Neste percurso, é também fundamental ensinar, instruir e treinar os prestadores de cuidados, dotando-os de competências que permita um suporte mais eficaz ao utente.

Ao longo deste estágio, os utentes referenciados eram, na sua maioria, pessoas idosas, cujos cuidadores apresentavam necessidades de formação em diversas áreas relacionadas com o autocuidado. Estes utentes apresentavam um nível elevado de dependência nas AVD, segundo a Escala de Barthel.

Os materiais de reabilitação disponíveis eram exíguos e o contexto domiciliário, em algumas situações, mostrava-se pouco adequado às intervenções de ER. Verificou-se a necessidade de realizar adaptações às técnicas aprendidas e utilizar materiais domésticos alternativos para, de forma eficaz, conseguir realizar as intervenções planeadas. É relevante salientar que a extensa distância geográfica entre os utentes acompanhados representou um fator condicionante da nossa atividade, resultando num tempo significativo despendido em deslocações entre os domicílios.

1.2. Estágio II - Unidade de Média Duração e Reabilitação Valpaços

O segundo estágio decorreu na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Santa Casa da Misericórdia de Valpaços. O EE Renato Teixeira foi o meu tutor durante este período formativo.

As UMDR estão centradas na recuperação global da pessoa, promovendo assim a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade. O procedimento da referenciação para admissão nas UMDR é igual à ECCI. Esta unidade é constituída por 22 camas, todas de média duração (90 dias). Está dotada de uma vasta equipa multidisciplinar, da qual 9 são enfermeiros, dos quais 1 é EEER (cerca de 10 horas/semana). Tem ainda a colaboração de 3 profissionais de fisioterapia, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala, 1 assistente social, 1 animadora sociocultural, de acordo com as recomendações da RNCCI para esta tipologia (DL n.º 101/2006, de 06 de junho). Para além do internamento, esta unidade conta ainda com um ginásio de fisioterapia com vários tipos de equipamentos, tais como: pedaleiras, bicicletas, barras de apoio, escadas, roldanas, marquesas, material para treino de motricidade fina, entre outros. Os utentes são admitidos, independentemente da idade, com grau de dependência moderada a total, principalmente com os diagnósticos: acidente vascular cerebral (AVC), prótese total da anca, prótese total do joelho e miopatias de desuso.

Com base nos problemas reais e potenciais dos utentes, o EEER concebe, implementa, supervisiona e avalia programas de ER individualizados, focados na promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, visando maximizar o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio). Os utentes são sujeitos a um programa intensivo e contínuo de reabilitação. Este assume especial importância, revelando ser uma mais-valia para alcançar a máxima independência da pessoa. Durante o processo de reabilitação, utilizei várias escalas para avaliação da funcionalidade da pessoa, monitorização dos ganhos, mensuração da eficácia e dos benefícios das intervenções de ER. As escalas utilizadas foram a *Medical Research Council*, a Escala de Braden, a Escala de Morse e a Escala de Barthel.

A atividade mais ambicionada por qualquer utente é a marcha. Para o treino da marcha, procurei desenvolver estratégias adaptativas para a utilização de cadeira de rodas e auxiliares de marcha (canadianas, tripé, andarilho) através da instrução e treino de marcha, transposição de obstáculos, sentar e levantar da cadeira, bem como ensino sobre estratégias para prevenção de acidentes, nomeadamente prevenção de quedas. Tentei estimular ao

máximo a pessoa, substituindo-a, apenas, quando necessário, preparando-a para alcançar ou preservar o máximo de autonomia e segurança na realização dos autocuidados.

1.3. Estágio III - Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

O terceiro estágio decorreu na Unidade de AVC do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, atualmente designado de Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. Durante este período contei com a tutoria da EE Isabel Alves.

Este serviço tem uma capacidade de 19 camas e é constituído por uma equipa multidisciplinar, da qual 27 são enfermeiros, sendo que 3 são EEER.

Neste serviço foi possível trabalhar com doentes que apresentavam diferentes tipos de AVC e sequelas variadas. O AVC é uma das principais causas de mortalidade e dependência. Os défices mais frequentes são: afasia, hemianopsia, hemiparesia, hemiplegia, ataxia, perda sensorial e assomatognosia. O AVC, por norma, acarreta compromissos na marcha, no controlo da postura e no equilíbrio, limitando a mobilidade e a capacidade para levar a cabo as AVD, além de aumentar o risco de queda (Vieira et al., 2020). Deste modo, torna-se fundamental a intervenção do EEER, com o objetivo de recuperação funcional dos doentes, e reintegração no seio familiar e comunidade.

O EEER mantém contacto direto e diário com o doente durante o internamento, observando sucessos, frustrações, pontos fortes e limitações. Isso possibilita realizar avaliações e ajustes no programa de reabilitação, atendendo às necessidades específicas do utente. Por outro lado, também intervém na educação do doente e cuidador, fornecendo ferramentas para o autocuidado, adesão ao tratamento e literacia em saúde.

O EEER deve adequar os cuidados às necessidades reais da pessoa, abrangendo todos os aspetos da sua vida. Motivo pelo qual, durante o estágio, todos os dias era feita uma avaliação neurológica detalhada, que englobava várias componentes como a avaliação do estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), pares cranianos, sensibilidade superficial e profunda, função cognitiva (*Mini Mental State Examination*), força (*Medical Research Council*) e tonicidade muscular (Escala de Ashworth Modificada), coordenação motora, equilíbrio estático/dinâmico e marcha.

Para maximizar a melhoria da função motora e sensitiva, foi necessário desenvolver um plano de reabilitação individualizado para cada doente. Este plano incluiu mobilizações passivas em cada segmento corporal, respeitando as amplitudes articulares e o limiar de dor, de proximal para distal, e estimulando o utente a visualizar o movimento passivo realizado, facilitando a neuroplasticidade.

O processo de reabilitação em utentes com patologia cerebrovascular inicia-se geralmente com mobilizações passivas, exercícios terapêuticos isotónicos e isométricos, e mobilizações ativas, assistidas e resistidas, visando mobilizar as articulações dos membros superiores e inferiores. A terapia pelo exercício começa no leito, segue para a posição sentada do utente e, por fim, caso a situação permita, em posição ereta.

Os exercícios terapêuticos realizados no leito, como a facilitação cruzada, rolar na cama, ponte, flexão e extensão coxofemoral, automobilizações e carga no cotovelo do lado afetado, foram fundamentais para melhorar o desempenho das AVD, promover o controlo postural e facilitar o levante e a marcha.

Aquando da realização do levante, pode treinar-se o equilíbrio, estático e dinâmico, efetuar transferências seguras entre superfícies (cama/cadeira e cadeira/cama), corrigir qualquer alteração postural, e avaliar capacidade para a marcha. Em seguida, o utente pode realizar os exercícios terapêuticos com maior complexidade, isto é, aqueles que exigem maior capacidade funcional de coordenação e equilíbrio, de que é exemplo a transposição de obstáculos. Para promover a autonomia e melhorar a autoimagem, os utentes utilizavam os auxiliares de marcha apropriados à sua situação clínica.

A reabilitação deve ser realizada tanto no hemicorpo afetado, como no não afetado. Crucial também no processo de reabilitação destes utentes é a prevenção e gestão da espasticidade. Quanto à prevenção do padrão espástico, foram realizados posicionamentos em padrão antiespástico, tanto na cama quanto na cadeira de rodas, com o objetivo de garantir conforto e evitar lesões músculo-esqueléticas.

Com o intuito de prevenir complicações em relação às alterações da deglutição, avaliei o comprometimento da deglutição através da Escala de *Gugging Swallowing Screen*, garantindo, assim, a segurança do processo, adequando a dieta, consistência e preferências alimentares. O rastreio da disfagia era realizado o mais cedo possível, a fim de evitar aspirações silenciosas. No treino da deglutição eram adotadas estratégias compensatórias.

De salientar, na pessoa com AVC, o objetivo da intervenção poderá não ser a recuperação total da função, mas a prevenção de complicações.

No que diz respeito à eliminação, alguns dos doentes tinham a eliminação intestinal alterada, apresentando obstipação como resultado da imobilidade que leva a uma diminuição dos movimentos peristálticos. Assim, procurei proporcionar privacidade e conforto, alteração da dieta (rica em fibras) e aumento da ingestão hídrica, ou uso de laxantes, quando necessário. Quanto à eliminação vesical, os utentes com AVC frequentemente desenvolvem bexiga neurogénica. Para promover uma eliminação eficaz, recorri à colocação intermitente de sonda vesical para esvaziamento da bexiga.

1.4. Estágio IV - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Serviço de Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

O quarto estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, no Serviço de Cardiologia e Unidade de Reabilitação Cardíaca do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, atualmente designado de Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro. Neste campo de estágio tive a tutoria do EE Rui Eira.

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários tem capacidade para 10 camas e da sua equipa multidisciplinar, 28 são enfermeiros, sendo que 4 são EEER. O serviço de internamento de cardiologia tem capacidade para receber 11 doentes.

Os diagnósticos mais comuns entre os doentes admitidos, independentemente da idade ou nível de dependência, incluíam: insuficiência cardíaca descompensada, bloqueio auriculoventricular completo, enfarte agudo do miocárdio, angina instável, miocardite, estenose aórtica, doentes indicados para *bypass*, intervenção coronária percutânea e implante de válvula aórtica por via percutânea.

Na assistência às pessoas com doenças coronárias, foi fundamental implementar estratégias de intervenção em saúde e aplicar conhecimentos especializados para oferecer um acompanhamento e cuidados diferenciados durante os programas de reabilitação cardíaca (RC).

A RC divide-se em três fases distintas. A primeira fase, também apelidada de fase intra-hospitalar, ou Fase 1, compreendia o período de hospitalização desde o evento agudo, até ao

momento da alta. Nesta fase da RC um conjunto de componentes essenciais eram incluídos em todos os programas: avaliação inicial; controlo de fatores de risco cardiovascular e as respetivas estratégias para o seu controlo; avaliação do estado mental do doente reduzindo a ansiedade e, se necessário, prestação de apoio psicossocial; otimização do regime medicamentoso prescrito; aconselhamento sobre atividade física e treino com exercício físico, prevenindo as sequelas da imobilização e melhoria da capacidade funcional; instrução do doente com informações sobre a doença cardíaca e tratamento realizado ou a realizar.

Durante o internamento, o treino da função cardiorrespiratória iniciava-se com uma fase de aquecimento envolvendo alongamento muscular. A prática de exercícios respiratórios com dissociação dos tempos respiratórios foi mantida, assim como a realização de exercícios isométricos e mobilizações ativas músculo-articulares para melhorar a tolerância ao esforço. Os exercícios eram realizados com o doente sentado ou em pé, sendo supervisionados pelo EEER ou, quando devidamente orientados, o doente realizava-os de forma autónoma. Na segunda etapa, eram introduzidos exercícios aeróbicos, treino de marcha entre 10 a 15 minutos (antes da alta médica), treino de subida de escadas até 24 degraus (antes da alta médica), sendo que, por vezes, era utilizado o ciclo ergómetro.

A cardiovigilância realizava-se durante todo o programa de RC, sendo obrigatória na fase 1 para todos os participantes. Para isso, utilizava-se telemetria, a qual possibilita a visualização do eletrocardiograma e permite a monitorização contínua da frequência cardíaca (FC), e a deteção de disritmias. O controlo de intensidade do treino era feito a partir da FC (limite máximo de 30 bpm acima da FC em repouso) e da escala de perceção subjetiva do esforço (Escala Modificada de Borg). Para finalizar, na fase de recuperação, fazia-se redução progressiva do exercício até aos parâmetros normais, de forma gradual e segura, adaptando o doente à sua rotina normal de atividade física.

A Fase 2 do programa de RC inicia-se imediatamente após a alta hospitalar e pode prolongar-se até ao fim do primeiro ano. As sessões programadas no programa RC tinham início após a avaliação do EEER, sendo prescritas considerando os estratos do risco cardiovascular, e ainda a avaliação inicial e funcional da pessoa, a tolerância ao esforço e as limitações de cada indivíduo.

O ginásio da Unidade de Reabilitação Cardíaca estava dotado de recursos materiais essenciais ao treino: 2 passadeiras elétricas, 2 bicicletas estáticas, 1 bicicleta vertical, 1 máquina de remo, 1 bicicleta elíptica, 1 máquina multifunções, halteres de vários pesos, fitas

elásticas de várias resistências (Thera-banda), bolas medicinais, 2 computadores, 6 aparelhos de telemetria cardíaca, 2 avaliadores de tensão arterial, 3 oxímetros digitais, carro de emergência e respetivo desfibrilhador, 1 balança e 1 fita métrica.

A prescrição do programa de exercícios era feita de forma individualizada e ajustada a cada utente, em termos de intensidade, duração, frequência, tipo de exercício físico e progressão.

As sessões do programa de RC também incluíam a vertente da promoção e educação para a saúde, reforçando aspetos essenciais relacionados com os fatores de risco cardiovascular e a modificação do estilo de vida, nomeadamente a adoção de uma alimentação equilibrada, variada e completa e a cessação tabágica, recomendando-se, quando necessário, apoio psicológico. Por outro lado, era dada ênfase à otimização da terapêutica farmacológica e à verificação do cumprimento da mesma, bem como medidas de prevenção secundária. A monitorização cardíaca e da FC era realizada por meio da telemetria, que permitia a visualização do traçado eletrocardiográfico em todos os doentes, tal como na Fase 1 da RC.

Aquando do término da Fase 2, seguia-se a Fase 3 (ambulatório de manutenção).

1.5. Estágio V - Serviço de Ortopedia da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros

O quinto estágio decorreu no Serviço de Ortopedia da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Ao longo deste bloco de estágio, contei com a tutoria da EE Sandra Borges.

Este serviço tem uma capacidade de 33 camas e é constituído por uma equipa multidisciplinar da qual 16 são enfermeiros, sendo que 3 são EEER.

Durante este estágio, pude aplicar técnicas de mobilização segmentar, além de realizar treino de transferências e deambulação, dirigidas ao utente do foro ortopédico, com o auxílio de dispositivos de marcha.

Durante o período deste estágio, verificou-se maior prevalência das seguintes patologias: artroses da anca e joelho (próteses e revisões de próteses), lesões ligamentares e meniscais do joelho, patologia do pé (*hallux valgus*), mão (síndrome de túnel cárpico) e coluna vertebral.

Neste serviço, o EEER é responsável pela avaliação, planeamento e intervenção nos utentes hospitalizados, no âmbito da reabilitação, desenvolvendo programas personalizados para apoiar o utente e a sua família, maximizando o seu potencial para a sua recuperação e regresso à vida quotidiana. Na linha das suas competências, o EEER intervinha no apoio, motivação e instrução para a recuperação da independência funcional do utente e para facilitar a sua adaptação à nova condição, através da implementação de um plano de reabilitação adequado à situação clínica de cada indivíduo.

Durante o estágio, tive oportunidade de ensinar, instruir e treinar utentes antes da cirurgia, destacando as mobilizações que poderiam realizar após o procedimento, para que se envolvessem de maneira mais ativa na sua recuperação. Também trabalhei na reeducação da função motora, realizando exercícios de marcha, tanto de forma independente quanto com o uso de auxiliares de marcha, permitindo que o utente assimilasse gradualmente um novo padrão de locomoção. Além disso, foram abordados os posicionamentos adequados, tanto na cama quanto na cadeira, com treino para levantar e deitar no leito, assim como sentar e levantar da cadeira. Também realizamos exercícios para subir e descer escadas e superar barreiras arquitetónicas, além de discutir as modificações necessárias nas AVD do utente.

Neste contexto de estágio, também contribuí para a gestão e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, os quais estavam centrados na prática de excelência e focados nas necessidades do utente e da sua família.

1.6. Estágio VI - Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro

O sexto estágio foi realizado no Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro. Durante o mesmo contei com a tutoria do EE Sérgio Vaz.

O Serviço de Pneumologia tem uma capacidade de 23 camas, e conta com 29 enfermeiros, sendo que 2 são EEER (um deles a tempo parcial).

No decorrer do período estágio houve uma diversidade de patologias, tais como: pneumonia, derrame pleural, bronquiectasias, bronquiolites, fibrose quística, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, cancro do pulmão, entre outras. Em todos estes utentes pude realizar reabilitação funcional respiratória, sendo o seu início precoce, primordial para a prevenção das complicações respiratórias e otimização da função pulmonar. O programa de reabilitação

respiratória destinava-se a indivíduos com patologias respiratórias, sendo adaptado de forma individual para otimizar a capacidade física e independência, com objetivos preventivos, terapêuticos e/ou reabilitadores. O principal objetivo era atingir o melhor nível possível de capacidade funcional, aprimorando a eficiência respiratória, com o intuito de aumentar a independência e autoestima do doente, promovendo a sua participação ativa, aliviando sintomas e diminuindo as agudizações.

As intervenções desenvolvidas centraram-se predominantemente na realização de exercícios respiratórios, incluindo a reeducação funcional respiratória, a otimização da expansibilidade torácica e a facilitação da drenagem de secreções. Paralelamente, foi dado um enfoque significativo à capacitação dos indivíduos para a adoção de estratégias que promovam a transição e a adaptação ao domicílio.

Cuidados dirigidos à fase aguda da doença, ambulatório em ginásio hospitalar e telereabilitação eram os três programas em curso que existiam no serviço. Os utentes em internamento dispunham de um ginásio no serviço que estava equipado com tapete de corrida, bicicleta estática, cicloergómetro, máquina de treino de força multifunções, espelhos posturais, halteres com diferentes pesos e bandas elásticas com diferentes resistências.

Após a alta e avaliação funcional do utente pelo EEER, estes eram encaminhados para o Programa de Reabilitação Respiratória em ambulatório, sendo o ginásio partilhado com a Unidade de Reabilitação Cardíaca em dias alternados, dispondo, assim, dos mesmos recursos materiais.

A prescrição do programa de exercícios, em termos de intensidade, duração, frequência, tipo de exercício físico e progressão era realizada de maneira específica para cada utente. O controlo de intensidade e tolerância ao treino era avaliado através da saturação periférica de oxigénio e da aplicação da Escala Modificada de Borg.

Este estágio foi particularmente enriquecedor, pois, ao transmitir-me os seus ensinamentos e experiência, o EE Sérgio Vaz permitiu-me realizar o treino de reabilitação respiratória na prática, aprendendo várias técnicas de cinesioterapia, reexpansão e condicionamento. Este aspeto revelou-se fundamental, uma vez que as aulas teóricas não proporcionaram o mesmo nível de compreensão das especificidades inerentes a este perfil de utentes, comparativamente à experiência prática.

2. Análise Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O EE desempenha um papel central no funcionamento de uma equipa de saúde, com conhecimentos e habilidades que favorecem a colaboração eficiente com os diversos profissionais da equipa multidisciplinar, assume a liderança na orientação e capacitação das pessoas sob cuidados, além de atuar na formação dos colegas. Essa atuação promove a investigação e fundamenta a prática na evidência científica mais atual (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro). Independentemente da área, os EE partilham competências.

As competências comuns do EE englobam todos os enfermeiros especializados, em todas as áreas de atuação, e são evidenciadas pela sua habilidade em planear, gerir e supervisionar cuidados de forma eficaz. Além disso, o EE oferece um suporte efetivo ao exercício profissional especializado, incluindo contribuições significativas na formação, pesquisa e consultoria, como definido no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro.

Desta forma, as competências comuns desenvolvidas no estágio de natureza profissional são apresentadas em quatro dimensões distintas. Estas encontram-se organizadas em domínios de competências, a saber: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, p. 4745), cujo objetivo passa pela uniformização da intervenção do EE.

Considera-se assim, importante a reflexão crítica e introspetiva sobre todas as atividades executadas, com vista ao desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER.

2.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Por forma a garantir cuidados de enfermagem de qualidade, é fundamental que o enfermeiro tenha consciência do enquadramento deontológico e legislativo da profissão.

Atendendo ao estatuído pela OE, no domínio da competência de responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve desenvolver uma prática especializada alinhada com normas legais, princípios éticos e deontológicos, assegurando cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades da profissão (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro). Todos estes princípios foram fundamentais para o meu desempenho ao longo do estágio de natureza profissional.

No contexto clínico, a tomada de decisão é uma responsabilidade partilhada por uma equipa multidisciplinar, sendo que as decisões consideradas, consideram diversos aspetos relacionados com os doentes, baseando-se em princípios éticos, valores e normas deontológicas.

O enfermeiro tem a responsabilidade de informar o doente e a família sobre os cuidados de enfermagem, mantendo o princípio da confidencialidade, pelo que a partilha de informação deverá ser feita apenas com as partes implicadas no processo assistencial, de acordo com as diretrizes da sua ordem profissional (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Ao longo do estágio profissional, empenhei-me em estabelecer uma boa relação terapêutica com o doente, respeitando os seus direitos, as suas fragilidades e a sua dignidade, abordando-o de forma holística. Foi sempre alvo da minha atenção a sua privacidade e intimidade, bem como o direito à confidencialidade de informação oral e/ou escrita sobre o doente.

Considero que o meu desempenho durante o estágio profissional seguiu um elevado padrão, pautado por uma exigência pessoal constante, procurando fomentar o respeito pelos doentes, pelos seus direitos e garantir a segurança nos cuidados de enfermagem prestados.

2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A aquisição e desenvolvimento das competências comuns do EE envolve o domínio da melhoria contínua da qualidade, sustentado por uma postura reflexiva em relação aos cuidados prestados, permitindo a criação de estratégias que visem aprimorar os resultados em saúde.

A definição de padrões de qualidade, por parte da OE (2002), permitiu refletir sobre a melhoria que se pretende alcançar nos cuidados de enfermagem a prestar aos utentes, além de proporcionar um espaço para refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

A introdução de sistemas de qualidade nas instituições de saúde assume a sua importância, na medida em que estas devem gerir recursos e desenvolver estruturas que permitam uma prática profissional de excelência, sendo também da responsabilidade dos enfermeiros comprometerem-se na melhoria da qualidade (OE, 2002).

Tal como expresso no Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, emitido pelo Ministério da Saúde, que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade em saúde reflete-se na disponibilização de cuidados que sejam acessíveis, equitativos, seguros e adaptados às necessidades individuais. Cuidados estes que devem ser prestados por profissionais qualificados, considerando as necessidades e expectativas do utente, alinhados com os recursos materiais e humanos disponíveis, com o objetivo de promover a adesão ao tratamento e satisfação dos utentes (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

Neste contexto, a prática clínica foi sistematicamente orientada pelos protocolos institucionais, assegurando a padronização dos cuidados prestados e a adesão às diretrizes estabelecidas. Esta abordagem permitiu garantir a qualidade assistencial e assumir a responsabilidade pela implementação de intervenções baseadas em evidência.

Em suma, considero que, através da mobilização de conhecimentos teóricos e habilidades, contribuí para a melhoria da qualidade de cuidados prestados nos diferentes contextos da prática clínica, bem como na oferta de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade aos doentes.

2.1.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados

O EE desempenha um papel fundamental, uma vez que, no exercício das suas funções de gestão dos cuidados, estabelece critérios de exclusão e de inclusão, gere prioridades, avalia, diagnostica e planifica as suas intervenções.

A colheita de informações seguida da discussão com a equipa multidisciplinar favorece uma gestão eficaz dos cuidados de ER, sendo este aspeto importante para desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados.

Enquanto gestor de cuidados e agente dinamizador da equipa de saúde, o EEER participa ativamente no processo de decisão, ajustando os recursos disponíveis (humanos, materiais, infraestruturais ou outros) às necessidades identificadas (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio).

Os estágios proporcionaram um desenvolvimento continuado das minhas capacidades de lidar e gerir recursos, tanto materiais quanto humanos, em resposta a contextos desafiadores. Intervenções focadas na gestão do tempo e na definição de prioridades nos cuidados de ER contribuíram de forma decisiva para o fortalecimento dessas competências.

2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento de competências e a aquisição de conhecimentos em diversas áreas da enfermagem são fundamentais para a excelência na prática profissional. Tal abordagem favorece a adesão dos utentes ao tratamento, promovendo um ambiente seguro e adequadamente ajustado às suas necessidades. A capacidade de individualizar os cuidados prestados ao utente e à sua família foi crucial para a resposta eficaz às suas necessidades e expectativas, permitindo uma abordagem personalizada e centrada no contexto de cada utente.

Ao longo dos diversos contextos de estágio, empenhei-me em aproveitar cada oportunidade de aprendizagem, visando aperfeiçoar as intervenções de ER, e assegurando que os cuidados fossem de qualidade e ajustados às necessidades do indivíduo e da família.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Com o objetivo de promover ganhos em saúde, prevenir incapacidades, maximizar e recuperar capacidades remanescentes, bem como promover a autonomia do utente, foi necessário conhecer e pautar a prática clínica pela regulamentação profissional da especialidade de ER, já que, para além das competências comuns do EE, o EEER possui também competências específicas na sua área de especialidade (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio).

Essas competências específicas são enunciadas em três competências de especialização, pelo que o EEER:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio, p. 13566)

O mestrado em ER proporcionou-me a aquisição de novos conhecimentos teóricos que impulsionaram o desenvolvimento de competências especializadas na área, as quais foram posteriormente aplicadas na prática clínica. Essas competências foram fundamentadas em pesquisa bibliográfica e orientadas pelos EEER ao longo de todos os contextos de estágio.

Seguidamente, será feita uma análise crítica das competências específicas do EEER desenvolvidas e adquiridas ao longo de todo o percurso, à luz do Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio.

a) Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Uma pessoa com necessidades especiais é a “pessoa que, ao longo do ciclo vital, está impossibilitada de executar independentemente e sem ajuda, atividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou dependência física, mental, cognitiva ou psicológica, de natureza permanente ou temporária...” (OE, 2011, p. 4).

O cuidado à pessoa com necessidades especiais requer do EEER uma abordagem holística, focada no indivíduo, nas suas expectativas e metas, a fim de estabelecer um plano de reabilitação adequado, “tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio, p. 13566).

Com base no processo de enfermagem, foi possível estruturar e sistematizar a intervenção do EEER, quer através da avaliação diagnóstica, que permite efetuar diagnósticos de enfermagem e desenvolver planos de intervenção personalizados e ajustados às necessidades das pessoas cuidadas, quer mensurando os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER. A etapa inicial de um plano de intervenção de ER passa por avaliar a funcionalidade e detetar as alterações que provocam limitações nas AVD. Desta forma, elaborei planos de cuidados individuais tendo em conta as necessidades físicas e cognitivas identificadas, bem como a sua motivação, com o objetivo de capacitar no processo de adaptação à nova condição de saúde. A relação terapêutica criada entre o EEER, a pessoa cuidada e a sua família ou outras pessoas significativas, favorece a adesão ao regime terapêutico e ao

programa de reabilitação estabelecido. Por isso, compete ao EEER explicar os objetivos do programa de reabilitação, os resultados esperados, motivar e gerir expectativas, por forma a obter os resultados desejados, bem como ganhos em saúde.

No contexto da promoção do autocuidado, a pessoa e/ou o prestador de cuidados foram instruídos e treinados em práticas específicas, incluindo a prevenção de úlceras por pressão, técnicas de posicionamento e transferência, exercícios musculares e articulares, equilíbrio estático e dinâmico, prevenção de aspiração associada ao compromisso da deglutição e prevenção de acidentes, com o objetivo de otimizar a independência e a qualidade de vida do indivíduo. Por outro lado, é necessário intervir na eliminação de barreiras arquitetónicas no seu contexto residencial promovendo um ambiente seguro.

Os diferentes estágios permitiram a aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal das competências estabelecidas.

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

A segunda competência específica do EEER refere-se à elaboração e implementação de “programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio, p. 13567), por meio da instrução e treino de técnicas específicas para a realização dos autocuidados comprometidos.

Na presença de incapacidade funcional para o autocuidado, quer esta incapacidade seja transitória ou permanente, o treino das AVD é uma área essencial no desenvolvimento de competências do EEER. Quando o indivíduo se encontra incapaz de realizar uma ou mais atividades de forma autónoma, torna-se fundamental a elaboração de planos de cuidados baseados em programas de ensino, instrução e treino de competências, com o objetivo de promover a recapacitação e a recuperação funcional.

Ao longo dos estágios, tive oportunidade de implementar diversos planos de intervenção a pessoas com funcionalidade motora alterada, em situações específicas, de que são exemplo: prótese total do joelho e prótese total da anca, lesão vertebro medular, hemiparésia, hemiplegia, alterações da motricidade, entre outras. Pude ainda executar intervenções de ER na área da reeducação funcional respiratória e treino da deglutição.

A implementação de programas de reabilitação motora progressivos à pessoa com alterações da mobilidade promove a capacitação funcional, através do treino específico de AVD, nomeadamente higiene, alimentação, uso do sanitário, assim como no treino de posicionamentos, equilíbrio, transferências e marcha, utilizando os vários dispositivos de apoio. A capacitação dos utentes e/ou cuidadores para os autocuidados, bem como a utilização dos equipamentos de forma eficaz, previne complicações, melhora a mobilidade, a acessibilidade e permite à pessoa maior participação social.

Os recursos materiais e os produtos de apoio disponibilizados nos serviços são ferramentas essenciais para a adaptação das limitações e/ou alterações do indivíduo durante o treino de AVD, facilitando a satisfação das suas necessidades e promovendo a melhoria da sua funcionalidade e autonomia. A transição saúde-doença é um processo único, heterogéneo, com repercussões e complicações funcionais. Desta forma, compete ao EEER desenvolver estratégias que reduzam o impacto deste processo na qualidade de vida da pessoa. Por estes motivos, avaliei e identifiquei problemas que potenciam limitações da atividade e/ou restrição da participação do utente, capacitando-o para a reinserção na comunidade, tendo em conta a manutenção da funcionalidade, bem como a implementação de alterações no seu contexto de vida.

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Relativamente à terceira competência específica do EEER, este deve relacionar-se “com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio, p. 13567).

A funcionalidade refere-se à “capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Com o objetivo de otimizar as capacidades funcionais do utente, os cuidados de ER foram implementados ao longo dos diferentes estágios por meio de estratégias educacionais, exercícios terapêuticos e técnicas de reabilitação específicas. Essas intervenções visaram a recuperação das habilidades motoras e cognitivas, bem como a promoção da saúde, garantindo uma abordagem abrangente e centrada na pessoa em nos diferentes contextos da

prática clínica. Para o desenvolvimento desta competência foi essencial a tutoria dos vários EE, com os quais tive a oportunidade de intervir nos cuidados de reabilitação prestados aos utentes com compromisso da funcionalidade. Nos diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios, foram implementados planos de reabilitação respiratória, motora, cardíaca e reeducação da deglutição, visando aprimorar ou restaurar as funções comprometidas. Intervenções essas que procuravam minimizar as limitações causadas pela doença ou incapacidade, promovendo maior funcionalidade. As estratégias foram adaptadas aos níveis funcionais e à segurança de cada utente, respeitando as necessidades específicas de cada caso.

A utilização de diversos instrumentos padronizados para a identificação das necessidades dos utentes, tais como a Escala de *Gugging Swallowing Screen*, Escala de Morse, Escala de Braden, Escala *Medical Research Council*, Índice de Massa Corporal, Escala de Ashworth, Índice de Tinetti e Índice de Barthel, contribuiu significativamente para a avaliação das diferentes intervenções do EEER. A aplicação dessas ferramentas possibilitou a avaliação sistemática dos resultados obtidos, permitindo a revisão e o ajuste dos planos de cuidados sempre que necessário, com o objetivo de maximizar as capacidades funcionais do utente e otimizar a eficácia das intervenções terapêuticas. Assim, a monitorização contínua das intervenções, aliada ao envolvimento ativo da família, torna-se um elemento essencial para reforçar a adesão ao plano terapêutico e potenciar os ganhos funcionais do utente.

Considero que consegui desenvolver esta competência com base no planeamento e execução de programas de reabilitação. Programas estes, cuja implementação foi fundamentada na evidência científica mais atualizada, dirigidos na maioria das vezes a pessoas que apresentavam situações clínicas complexas de fragilidade e vulnerabilidade, garantindo a segurança individual de cada utente e visando maximizar o seu desempenho.

PARTE 2 – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. Enquadramento Teórico

1.1. Cuidados paliativos no domicílio

1.1.1. Plano estratégico e filosofia dos cuidados paliativos

Os CP apresentam um historial voltado para o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com situações patológicas muito graves. As raízes dos CP podem ser rastreadas desde práticas antigas de cuidados aos doentes, onde a filosofia de aliviar o sofrimento e proporcionar conforto à pessoa em situação de sem-abrigo foi registada em diversas culturas e épocas (Santos, 2011). No entanto, a forma estruturada e institucionalizada dos CP que conhecemos hoje, começou a tomar forma no século XX.

A origem moderna dos CP está intimamente ligada ao trabalho de Dame Cicely Saunders, uma enfermeira, assistente social e médica britânica. Na década de 1960, Saunders fundou o St. Christopher's Hospice em Londres, sendo amplamente considerado o primeiro hospício moderno. Ela introduziu o conceito de "dor total", que reconhece que o sofrimento das pessoas pode ser físico, emocional, social e espiritual, e que todos esses aspetos devem ser abordados para proporcionar cuidados efetivos (Cerqueira, 2004; Fajardo-Chica, 2023). Desde a fundação do St. Christopher's Hospice, o conceito de CP evoluiu significativamente. Os CP são uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias, promovendo a aceitação das condições relacionadas com doenças ameaçadoras da vida (World Health Organization [WHO], 2020). Esta definição enfatizou a importância do alívio da dor e de outros sintomas, e ainda a integração de aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados.

Nos anos subsequentes, o movimento dos CP expandiu-se globalmente. Na década de 1990, países em todo o mundo começaram a reconhecer a importância dos CP, integrando-os nos seus sistemas de saúde. Os programas de formação e educação nesta área, foram desenvolvidos para profissionais de saúde, e a investigação começou a crescer, gerando evidências para práticas baseadas em evidências (Artioli et al., 2019).

O século XXI testemunhou uma maior integração dos CP nas políticas de saúde pública. Em 2014, a WHO e a Worldwide Hospice Palliative Care Alliance publicaram o *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, destacando a sua necessidade a nível global e promovendo

estratégias para a sua implementação (Connor & Bermedo, 2014). Além disso, muitos países implementaram políticas nacionais para promover e regular os CP, refletindo o seu crescente reconhecimento como um componente essencial dos cuidados de saúde. Apesar dos avanços, estes ainda enfrentam desafios, incluindo desigualdades no acesso, falta de formação adequada para profissionais de saúde e barreiras culturais e sociais. No entanto, as oportunidades para expandir e melhorar os CP são significativas, especialmente com o uso de tecnologias avançadas e a crescente consciencialização sobre a importância do cuidado integral (Knaul et al., 2018).

A história dos CP é marcada por uma evolução contínua, desde as suas raízes antigas até a estrutura moderna, influenciada por pioneiros como Cicely Saunders. O seu movimento global tem-se consolidado e crescido, integrando-se nas políticas de saúde e expandindo o seu alcance. A filosofia de aliviar o sofrimento e proporcionar cuidados holísticos permanece central, guiando o desenvolvimento contínuo desta disciplina essencial. Entre os princípios fundamentais dos CP, destacam-se o controlo dos sintomas, nomeadamente na gestão eficaz da dor e outros sintomas complexos, e na atenção focada na pessoa e na família, levando em consideração as necessidades e preferências de ambos. Mais ainda, a ação dos CP assenta na interdisciplinaridade, contando com equipas compostas por especialistas de diferentes áreas, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. Também a comunicação efetiva se verifica fundamental, devendo ser conduzida através de um diálogo contínuo e transparente entre doentes, familiares e a equipa de saúde. Por último, o apoio psicológico e espiritual é componente integral dos CP. Este apoio ajuda as pessoas a lidar com o sofrimento, a encontrar um sentido de vida e a alcançar a paz nestes momentos difíceis (Brook et al., 2023; Gijssberts, 2022).

O desenvolvimento de um plano estratégico em CP envolve várias etapas e considerações. Primeiramente, é essencial uma avaliação de necessidades, com análise epidemiológica das necessidades da população e identificação de lacunas nos serviços existentes (Ferrell et al., 2018). De seguida, devem ser definidos de forma clara, os objetivos e metas para melhorar a acessibilidade, aumentar a capacitação de profissionais e promover a conscientização pública sobre CP. Paralelamente, um plano estratégico em CP requer também que sejam desenvolvidas políticas e diretrizes que suportem a integração dos CP no sistema de saúde e criar diretrizes clínicas para a prática baseada em evidências (Connor & Bermedo, 2014). De igual forma, a capacitação e educação são partes fundamentais do plano estratégico, envolvendo programas de formação contínua para profissionais de saúde e educação

comunitária sobre a importância dos CP (Pastrana et al., 2008). Por último, a implementação de serviços integrados, com desenvolvimento de modelos de cuidados que facilitem a transição entre diferentes níveis de assistência e parcerias com organizações comunitárias, verificam-se essenciais (Lynch et al., 2013).

1.1.2. Modelos de cuidados e níveis de assistência em cuidados paliativos

Como referido anteriormente, os CP são uma abordagem interdisciplinar que visa, através da prevenção e alívio do sofrimento, melhorar a qualidade de vida das pessoas, e das suas famílias, famílias que lidam com desafios relacionados a doenças ameaçadoras da vida. Este cuidado holístico é provido através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, bem como de outros desafios de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2020).

Os modelos de CP variam amplamente, podendo ser categorizados em três níveis principais: cuidados primários, secundários e terciários. O nível primário é normalmente integrado nos serviços de saúde de base e é provido por profissionais de saúde que não possuem especialização em CP, mas que possuem formação básica na área (T. Smith et al., 2012). Esses profissionais são essenciais para identificar necessidades paliativas iniciais e referir pessoas para níveis mais especializados quando necessário. O principal objetivo dos cuidados primários é integrar os princípios dos CP na prática clínica geral. Isso inclui a gestão inicial da dor e de outros sintomas físicos, a oferta de suporte emocional e psicológico, assim como a orientação sobre as opções de tratamento e planeamento antecipado de cuidados. Os profissionais de saúde no nível primário são frequentemente os primeiros a identificar a necessidade destes cuidados em pessoas com doenças crónicas ou terminais, sendo a sua atuação fundamental para garantir que os CP sejam iniciados de forma oportuna (WHO, 2020).

No nível secundário, os CP são oferecidos por equipas especializadas em contextos como hospitais e clínicas. Essas equipas multidisciplinares incluem médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais formados especificamente nesta área, sendo estas equipas capazes de oferecer intervenções mais complexas e individualizadas (Hugar et al., 2021). Os CP focam-se no controlo avançado de sintomas físicos, além de oferecer suporte emocional, psicológico e espiritual, tanto para as pessoas, quanto para as suas famílias. Os profissionais especializados são capazes de realizar

intervenções mais diferenciadas, como a gestão de medicação complexa, técnicas avançadas de controlo da dor, cuidados respiratórios e procedimentos invasivos quando necessário. Além disso, eles estão aptos a gerir situações clínicas complexas, como exacerbação sintomática e comorbilidades severas (Givler et al., 2024). No contexto dos cuidados de nível secundário, as equipas especializadas atuam de forma integrada com outros serviços/unidades hospitalares, assegurando a prestação de cuidados integrados. Esse processo envolve a comunicação eficaz com profissionais de saúde dos níveis primário e terciário, a coordenação das transferências de doentes entre diferentes unidades de saúde e a gestão de planos de cuidados individualizados (WHO, 2020).

Os CP terciários são oferecidos em centros de referência especializados, onde se realizam investigações avançadas e educação na área. Este nível é caracterizado pelo alto grau de especialização e pela capacidade de lidar com casos extremamente complexos e raros, muitas vezes oferecendo suporte a outros níveis de assistência e atuando como polo de conhecimento (Hui & Bruera, 2020). Neste nível, as equipas possuem conhecimentos avançados em áreas como controlo de sintomas refratários, cuidados intensivos paliativos, cuidados de fim de vida em ambientes de terapia intensiva e suporte para pessoas com doenças raras ou complexas (WHO, 2020). Estes centros oferecem consultoria especializada para equipas de cuidados primários e secundários, ajudando a orientar o controlo de casos complexos e a fornecer suporte para situações clínicas desafiadoras. Além disso, são centros que podem ainda oferecer programas de educação continuada e formação avançada para profissionais de saúde, ajudando a elevar o padrão de CP no sistema de saúde (Gembe et al., 2024; von Gunten, 2002).

A implementação eficaz dos três níveis de assistência exige uma coordenação robusta aliada a uma integração contínua entre os diferentes serviços de saúde, para garantir que as pessoas recebam o cuidado certo no momento certo. A personalização do cuidado e o suporte contínuo às famílias são pilares fundamentais dessa abordagem, contribuindo para a dignidade e a qualidade de vida das pessoas em fases avançadas de doenças graves (Agarwal & Epstein, 2018).

A compreensão dos diferentes modelos de cuidados e dos níveis de assistência em CP revela-se fundamental para o desenvolvimento de sistemas de saúde centrados na pessoa e na família, garantindo o alívio do sofrimento e a prestação de um apoio integral durante uma das fases mais desafiadoras da vida.

1.1.3. Custo/efetividade dos cuidados paliativos domiciliários

Os cuidados paliativos domiciliários (CPD) têm-se consolidado como uma estratégia fundamental na assistência à pessoa com doença crónica avançada e terminal, oferecendo uma abordagem humanizada (Spencer et al., 2024).

A análise do seu custo/efetividade envolve a avaliação da viabilidade económica em comparação aos modelos tradicionais de internamento hospitalar. Os estudos demonstram que os CPD podem resultar numa redução significativa dos custos de saúde, principalmente devido à diminuição das hospitalizações e ao uso mais racional dos recursos (Kelley et al., 2013). Além disso, estes cuidados frequentemente levam a uma melhoria no controlo sintomático e na satisfação das pessoas e das suas famílias, destacando-se como uma alternativa eficiente e compassiva (Gomes et al., 2013).

A implementação dos CP em contexto domiciliário também apresenta desafios logísticos e financeiros, pois requer um planeamento cuidadoso e a formação de equipas multidisciplinares capacitadas para prestar cuidados de qualidade. Segundo S. Smith et al. (2014), para o sucesso deste modelo de cuidados, é essencial que seja garantida a coordenação eficaz entre os profissionais de saúde, o recurso à telemonitorização e o suporte contínuo aos cuidadores e/ou familiares.

Outro aspeto relevante é o impacto psicológico positivo que os CPD possibilitam junto das pessoas e famílias. A possibilidade de receber tratamento no ambiente familiar, cercado por entes queridos, contribui significativamente para o bem-estar emocional e para a redução do stresse associado à hospitalização prolongada (Teno et al., 2004). A literatura também sugere que os CPD podem melhorar a gestão da dor e outros sintomas debilitantes, proporcionando um alívio mais eficaz e personalizado (Macharia et al., 2023).

Por fim, a adoção de CP em contexto domiciliário pode ser vista como uma abordagem sustentável, alinhada com os princípios dos cuidados centrados na pessoa. Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, torna-se imperativo explorar modelos de cuidados que sejam economicamente viáveis e capazes de oferecer uma qualidade de vida digna às pessoas (Roberts et al., 2021).

1.2. Reabilitação em cuidados paliativos: uma estratégia de cuidado integral

1.2.1. Enfermagem de reabilitação dirigida aos cuidados paliativos

A ER é uma especialidade que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas, degenerativas ou incapacitantes, promovendo a máxima funcionalidade e independência possível. É uma prática multidisciplinar fundamentada em conhecimentos científicos, com o objetivo de assegurar à pessoa e à sua família ações que promovam ganhos em saúde (Hesbeen, 2003). Este processo é global e contínuo, focado em manter, melhorar ou restaurar as capacidades funcionais físicas e psicológicas, visando a reintegração social da pessoa. Dentro do contexto dos CP, esta abordagem ganha uma relevância particular, pois foca-se não apenas no alívio dos sintomas, mas também na manutenção da autonomia e dignidade das pessoas em estádios avançados de doenças graves e incuráveis.

Os EEER atuam em diversas áreas, incluindo a avaliação e controlo de sintomas, a educação da pessoa e da família, assim como em intervenções para prevenir complicações secundárias e apoio psicossocial. Importa destacar que a reabilitação em CP não está limitada a intervenções físicas, mas também engloba aspetos emocionais e sociais, procurando proporcionar um cuidado holístico (Ferrell et al., 2010). Precisam ainda de ter competências avançadas na avaliação contínua da dor e outros sintomas físicos, como a dispneia, vômitos, obstipação, fadiga e problemas de mobilidade. Utilizam ferramentas padronizadas, como a Escala de Avaliação Numérica da dor e a Escala de Borg para a dispneia, monitorizando a intensidade dos sintomas e a resposta às intervenções. A gestão da dor é fundamental e envolve a administração de analgésicos, técnicas de relaxamento, massagem e terapias alternativas, ajustadas às necessidades e preferências da pessoa (Ferrell et al., 2015; van Veen et al., 2024). Além disso, elaboram planos de cuidados personalizados, que promovem a mobilidade e a funcionalidade, mesmo em pessoas com limitações severas. Isso pode incluir exercícios de alongamento, fortalecimento e AVD adaptadas (Ernstmeyer & Christman, 2021). Uma vez que a promoção da independência funcional da pessoa é uma prioridade, o EEER atua incentivando a pessoa a participar ativamente no seu plano terapêutico, adaptando as AVD e atividades recreativas às capacidades da pessoa, promovendo o seu bem-estar (Costa et al., 2010).

Nos CP, o foco principal do EEER é oferecer um suporte que vai além do controlo de sintomas. A reabilitação representa uma componente essencial para a qualidade de vida da

pessoa. A inclusão de práticas de reabilitação nos CP pode resultar numa melhoria significativa na funcionalidade e bem-estar das pessoas (Timm et al., 2021). O EEER atua como um facilitador, coordenando os cuidados entre diferentes profissionais. Por este motivo, a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com a família é importante para garantir que o plano de cuidados reflita as preferências e objetivos da pessoa (Higginson et al., 2013).

1.2.2. A família e o cuidado ao doente paliativo no domicílio

A participação da família é fundamental nos CPD, oferecendo suporte físico e emocional (Hoffstädt et al., 2022). Os CP no domicílio oferecerem vários benefícios à pessoa e família. A permanência no ambiente familiar pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida, ao reduzir a sensação de isolamento, promover uma maior sensação de segurança e conforto, além de facilitar a monitorização dos sintomas, apoio emocional, reabilitação, gestão terapêutica e cuidados de proximidade (Biswas et al., 2022; Gomes et al., 2013; Taberna et al., 2020).

Outro benefício relevante é o impacto positivo sobre a família. A possibilidade de envolvimento ativo nos cuidados ao ente querido pode proporcionar um sentido de propósito e realização, além de fortalecer os laços familiares e promover a coesão emocional no seio familiar, criando um ambiente de amor e apoio mútuo. A proximidade familiar pode reduzir os níveis de stress e ansiedade, tanto para a pessoa quanto para os cuidadores, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos (Hartley et al., 2020; Symmons et al., 2022).

Destaca-se, ainda, que os cuidados no domicílio podem reduzir o risco de infeções hospitalares. A possibilidade de receber cuidados de saúde num ambiente controlado e familiar minimiza esses riscos, de forma mais segura e eficaz. Este é um dado relevante, considerando que estudos mostram que pessoas em cuidados domiciliários têm menos probabilidade de desenvolver infeções secundárias (Shang et al., 2014).

No que respeita aos aspetos económicos, os CPD também apresentam vantagens. O tratamento hospitalar envolve custos elevados com o internamento e equipamentos. Em contraste, os cuidados domiciliários eliminam muitos desses custos, uma vez que a pessoa permanece em casa, recebendo cuidados que podem ser geridos e monitorizados pela família e respetiva equipa de saúde (Mathew et al., 2019).

Por fim, a prestação de cuidados no domicílio oferece flexibilidade e conveniência, à pessoa e família. As visitas domiciliárias podem ser agendadas de acordo com a conveniência da família, permitindo uma maior integração dos cuidados no dia a dia familiar, facilitando a gestão do tempo e das responsabilidades, reduzindo a sobrecarga dos cuidadores e permitindo um melhor equilíbrio entre os cuidados à pessoa e outras atividades quotidianas (Li et al., 2021).

1.2.3. Enfermagem de reabilitação ao doente paliativo nas equipas comunitárias

A ER foca-se em proporcionar cuidados holísticos que abrangem o alívio de sintomas, suporte emocional e psicológico, além de promover a máxima funcionalidade e independência possível da pessoa (Hagan et al., 2018). As equipas comunitárias de CP são multidisciplinares, incluindo o EEER, que colabora estreitamente para oferecer um plano de cuidados centrado na pessoa (Brown et al., 2020). As intervenções da ER podem melhorar significativamente a capacidade funcional das pessoas, permitindo-lhes participar mais ativamente nas AVD, assim como na tomada de decisões sobre os seus cuidados (Légaré et al., 2018).

Nas equipas comunitárias, o EEER também desempenha um papel vital na educação e capacitação dos cuidadores, ajudando-os a adquirir as competências necessárias para apoiar adequadamente a pessoa no domicílio (Ribeiro et al., 2023). Esta abordagem integrada e centrada na família é essencial para garantir que os CP sejam contínuos e abrangentes (White et al., 2017).

1.2.4. Controlo de sintomas e medidas de conforto

A gestão dos sintomas é uma componente essencial dos CP, tendo como objetivo aliviar o sofrimento e promover a qualidade de vida das pessoas que enfrentam doenças incuráveis. O EEER utiliza uma abordagem multifacetada que inclui intervenções farmacológicas e não farmacológicas, avaliação contínua e ajuste do plano de cuidados.

As intervenções farmacológicas são frequentemente a primeira linha de tratamento para o controlo de sintomas em CP. Os enfermeiros estão envolvidos na avaliação de sintomas e na administração de medicação, que podem incluir analgésicos, antieméticos, laxantes,

ansiolíticos e outros adjuvantes para tratar sintomas específicos bem como a monitorização da sua eficácia e efeitos secundários, capacitando os cuidadores na gestão terapêutica medicamentosa (WHO, 2020).

As intervenções não farmacológicas complementam os tratamentos médicos e podem incluir uma variedade de técnicas para aliviar os sintomas. Entre elas, destacam-se a massagem terapêutica, a aplicação de calor ou frio, técnicas de relaxamento e exercícios de respiração num ambiente confortável, controlando a temperatura, iluminação adequada e redução de ruídos, personalizando o espaço com itens familiares e significativos para a pessoa (Antony et al., 2022).

A combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas pode resultar num controlo mais eficaz dos sintomas (Dimitriou et al., 2022). A intervenção do EEER contribui para melhorar a mobilidade e reduzir a dor da pessoa (Lagueux et al., 2018), e oferecem ainda suporte emocional, ajudando as pessoas e as famílias a lidar com ansiedade, depressão e o medo associados à morte. A criação de um ambiente de cuidado empático, e a promoção de uma comunicação aberta sobre os desejos e preocupações da pessoa, são aspetos fundamentais de CP de qualidade (Johnson et al., 2020). Os enfermeiros informam a pessoa e a família sobre a progressão da doença e o que esperar. Além disto, os enfermeiros educam sobre o controlo dos sintomas e os cuidados a serem prestados em casa, e esclarecem dúvidas sobre decisões relacionadas com o final da vida, como diretivas antecipadas e preferências de cuidados (Roodbeen et al., 2020).

1.2.5. Melhoria da capacidade funcional e autonomia

Um dos principais objetivos do EEER é ajudar as pessoas a manter ou recuperar a capacidade de realizar as AVD, como vestir-se, alimentar-se, mobilizar-se e cuidar da sua higiene pessoal. Os programas de reabilitação personalizados, que incluem exercícios de fortalecimento muscular, mobilização precoce e adaptação de produtos de apoio, podem melhorar significativamente a funcionalidade das pessoas (Dineen-Griffin et al., 2019; Parola et al., 2020). Por exemplo, exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio estático e dinâmico são frequentemente utilizados para prevenir quedas e melhorar a mobilidade, permitindo que as pessoas se movimentem com mais segurança e independência (Bisset, 2005). A colaboração interdisciplinar é essencial para o sucesso dessas intervenções.

A promoção da autonomia não se limita às AVD, incluindo também o apoio à participação social e atividades significativas para a pessoa. Atividades recreativas e sociais são incorporadas nos planos de reabilitação para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar emocional das pessoas. A integração de interesses e preferências pessoais nas atividades de reabilitação contribui para manter a motivação e o envolvimento da pessoa (Vaiphei, 2019).

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo e questão de investigação

O tipo de estudo deste trabalho corresponde a uma *scoping review*. Tratando-se de uma investigação científica que consiste num estudo de natureza qualitativa, que tem como objetivo reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese dos resultados de vários estudos (Munn et al., 2018). A pesquisa bibliográfica foi realizada de acordo com as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) Scoping Review Methodology Group (Peters et al., 2017), com apresentação de resultados de acordo com a extensão *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018), que visam garantir clareza e transparência nas revisões sistemáticas e, assim, reduzir o risco de vieses e de falhas. Nesta *scoping review*, foi adotada a metodologia de revisão de literatura interpretativa, tendo em conta as seguintes etapas: (a) a identificação da questão inicial de pesquisa; (b) a identificação dos estudos relevantes; (c) a seleção de estudos a serem incluídos na *scoping review*; (d) extração de dados; e (e) resumo dos resultados.

Para a formulação da pergunta de revisão, que corresponde à pergunta de investigação, e na medida em que se trata de uma *scoping review*, assumiu-se que a opção pela estratégia PCC (Participantes, Conceito e Contexto) era a mais adequada, tendo-se seguido as recomendações do JBI (Aromataris et al., 2024). Assim sendo, na Tabela 1 encontram-se identificados os elementos-chave desta *scoping review*.

Tabela 1 - Estratégia PCC

P	Participantes	Pessoas em cuidados paliativos
C	Conceito	Atividades e efeito do tratamento por parte do enfermeiro de reabilitação
C	Contexto	Comunitário ou domiciliário

Após identificar os elementos-chave através da estratégia PCC, elaborou-se a seguinte pergunta de investigação, que serve como questão central a ser abordada neste estudo: *Qual a importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação na prestação de cuidados paliativos nas equipas comunitárias.*

2.2. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Este estudo foca-se na análise de pessoas em CP, abrangendo diversas intervenções realizadas por enfermeiros. Para garantir a relevância e a qualidade dos dados, foram estabelecidos critérios rigorosos de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos foram os seguintes: (1) artigos que abordassem pessoas em CP, essencial para compreender as necessidades e as intervenções mais eficazes para esta população vulnerável; (2) foco em intervenções realizadas por enfermeiros, dado o papel que estes profissionais desempenham nos CP, englobando desde cuidados diretos à pessoa até ao suporte emocional e educação para a família; (3) artigos publicados em inglês ou português por motivos relacionados com o acesso dos investigadores aos conteúdos e à precisão na análise dos textos.

Para evitar a inclusão de informações que pudessem comprometer a qualidade e a objetividade do estudo, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: estudos de caso, editoriais, cartas ou opiniões, pois muitas vezes não fornecem dados empíricos robustos ou resultados generalizáveis necessários para a análise. Mais ainda, artigos que apresentavam informações incompletas foram descartados para evitar interpretações erróneas e uma base de dados inconsistente.

2.3. Estratégia de pesquisa

Os estudos foram selecionados por meio de uma busca em diversas bases de dados, incluindo a EBSCO e a PubMed, utilizando uma estratégia de pesquisa ampla e abrangente. Os termos de pesquisa utilizados foram selecionados com o objetivo de mapear amplamente a literatura relevante sobre o tema. Todos os descritores foram testados e confirmados no MeSH (*Medical Subject Headings*) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), e após a validação, os descritores foram combinados utilizando os operadores booleanos AND e OR. (Tabela 2).

Tabela 2 - Termos de pesquisa

	Livre
Conceito 1	rehabilitation OR therapy OR treatment OR intervention
AND	
Conceito 2	nursing*
AND	
Conceito 3	palliative care OR terminal care OR end of life care
AND	
Conceito 4	community OR domicile OR home

A pesquisa foi realizada em março de 2024. A estratégia de pesquisa incluiu os seguintes termos e operadores booleanos: ((rehabilitation[Title/Abstract] OR therapy[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract]) AND (Nursing*[Title/Abstract])) AND (palliative care[Title] OR terminal care[Title] OR end of life care[Title]) AND (community[Title/Abstract] OR domicile[Title/Abstract] OR home[Title/Abstract]).

A seleção dos estudos seguiu a seguinte estratégia: (1) procura em bases de dados (EBSCO e PubMed); (2) exportação dos artigos para o Rayyan, *software* de revisões (Ouzzani et al., 2016), que permite remover duplicados e verificar a elegibilidade dos artigos; (3) verificação dos critérios. Os de inclusão e exclusão pelo título e resumo e, posteriormente, pelo texto completo; (4) inspeção de listas de referência para identificar artigos adicionais relevantes.

3. Apresentação dos Resultados

Após uma pesquisa realizada nas bases de dados EBSCO e PubMed no mês de março de 2024, um total de 1.523 estudos foram identificados a partir de todas as bases de dados, tendo sido eliminados 1.051 duplicados. Na primeira fase, foram analisados os títulos e resumos de 472 artigos, tendo sido eliminados 383 artigos. Neste sentido, os restantes 89 foram selecionados para uma leitura integral do seu conteúdo. Após a leitura, 13 artigos foram incluídos na revisão final, conforme ilustrado no fluxograma da Figura 1, de acordo com as diretrizes do PRISMA.

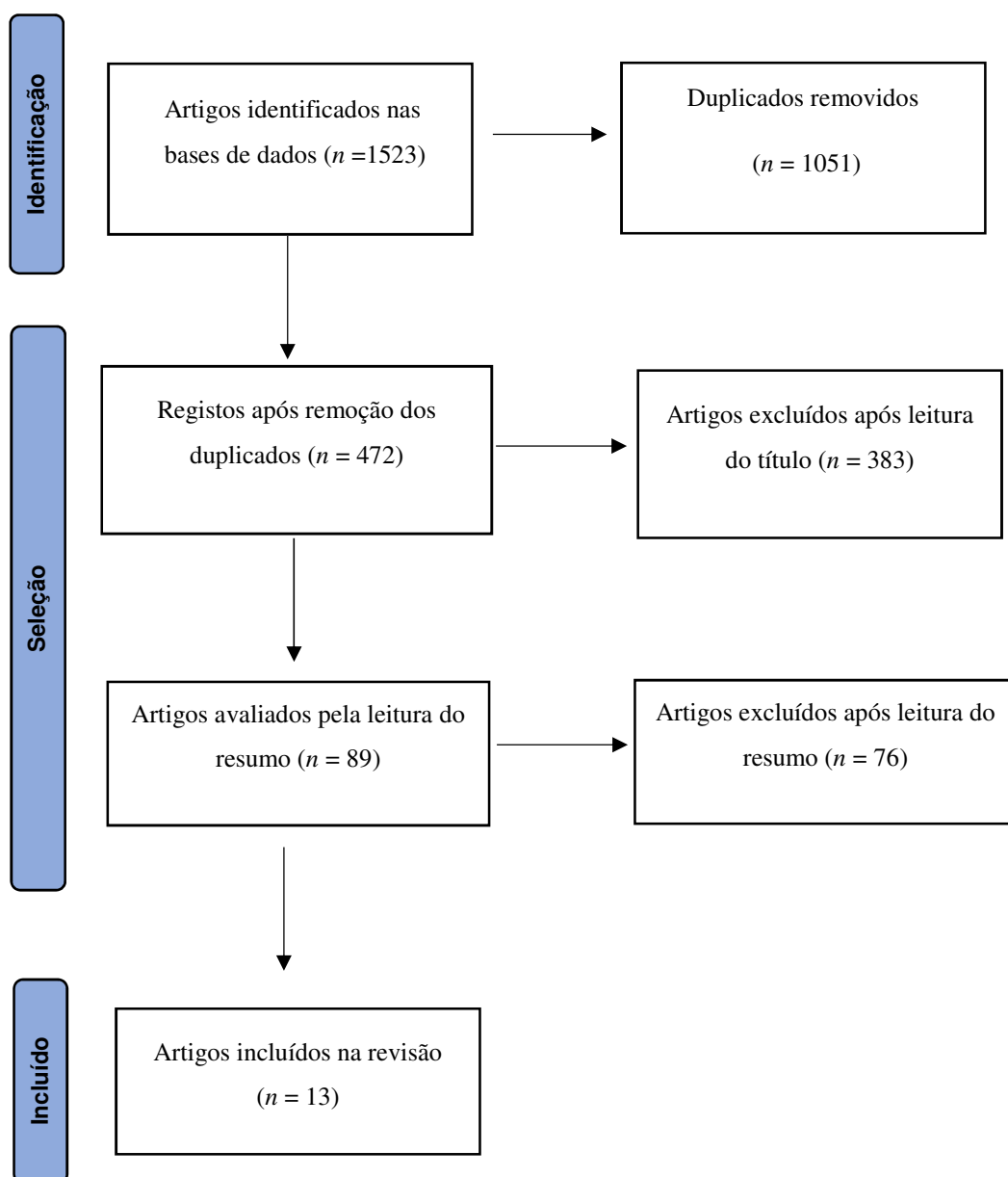


Figura 1 - Fluxograma do processo de *Scoping Review*

3.1. Síntese dos estudos

Na Tabela 3 são apresentados os 13 estudos incluídos nesta revisão, indicando o ano e país de publicação. Os artigos encontram-se por ordem alfabética. As publicações selecionadas abrangem o período de 2010 a 2022.

Tabela 3 - Artigos selecionados

Autores	Ano	País	Título
Becqué et al.	2019	Holanda	“Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review”
Bökberg et al.	2019	Suécia	“Next of kin’s quality of life before and after implementation of a knowledge-based palliative care intervention in nursing homes”
Buss et al.	2010	Polónia	“Kinesitherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patients—an experimental, controlled study”
Chan et al.	2013	China	“The evaluation of a palliative care programme for people suffering from life-limiting diseases”
Cheville et al.	2013	EUA	“A Home-Based Exercise Program to Improve Function, Fatigue, and Sleep Quality in Patients with Stage IV Lung and Colorectal Cancer: A Randomized Controlled Trial”
Hasegawa et al.	2022	Japão	“Integrating home palliative care in oncology: a qualitative study to identify barriers and facilitators”
Hashem et al.	2020	Reino Unido	“Understanding what works, why and in what circumstances in hospice at home services for end-of-life care: Applying a realist logic of analysis to a systematically searched literature review”
Holm et al.	2016	Suécia	“Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care – results from a randomized control trial”
Hudson et al.	2015	Austrália	“Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial”
Jones et al.	2013	Reino Unido	“Rehabilitation in Advanced, Progressive, Recurrent Cancer: A Randomized Controlled Trial”
Mota-Romero et al.	2021	Espanha	“Nursing Homes End of Life care Program (NUHELP): developing a complex Intervention”
Moyo et al.	2022	EUA	“Effect of a Video-Assisted Advance Care Planning Intervention on End-of-Life Health Care Transitions Among Long-Stay Nursing Home Residents”
Puente-Fernández et al.	2020	Espanha	“Prospective Evaluation of Intensity of Symptoms, Therapeutic Procedures and Treatment in Palliative Care Patients in Nursing Homes”

A Tabela 4 apresenta o objetivo, a metodologia do estudo e principais resultados obtidos nos artigos incluídos. Os estudos incluídos nesta revisão abrangem uma diversidade de intervenções e avaliações nos CPD. Entre eles, destacam-se revisões sistemáticas que enfatizam a eficácia de intervenções multicomponentes para apoiar cuidadores e/ou familiares em contextos domiciliários de fim de vida. Também são abordados ensaios clínicos randomizados que investigam o impacto positivo de intervenções educativas e exercícios físicos em pessoas com cancro avançado, melhorando a mobilidade, a qualidade de vida e reduzindo sintomas de fadiga. Estudos qualitativos exploram barreiras e são facilitadores na integração de CP e oncologia em domicílio, destacando a importância do planeamento antecipado e da adaptação local de programas de cuidados de fim de vida.

Tabela 4 - Objetivo, tipo de estudo e principal conclusão dos estudos incluídos

Autores	Objetivo	Tipo de estudo	Principal conclusão
Becqué et al. (2019)	Explorar quais intervenções de enfermagem de apoio para cuidadores familiares em cuidados domiciliares de fim de vida estão disponíveis e os principais efeitos dessas intervenções.	Revisão sistemática	As intervenções multicomponentes demonstraram maior eficácia, indicando que a prática de enfermagem deve integrar diferentes estratégias no suporte aos cuidadores familiares. .
Bökberg et al. (2019)	Avaliar se uma intervenção educativa em cuidados paliativos melhorou a qualidade de vida dos familiares mais próximos de pessoas idosas.	Desenho cruzado não randomizado	Aumento estatisticamente significativo na subescala saúde física no grupo de intervenção, mas não no grupo de controlo.
Buss et al. (2010)	Influência da cinesioterapia na fadiga e na qualidade de vida em doentes terminais com cancro	Estudo quase-experimental	Após 3 semanas foi observada uma diminuição significativa na intensidade da fadiga.
Chan et al. (2013)	Relatar a eficácia de um programa de cuidados paliativos de oito semanas em Hong Kong.	Desenho de pré-teste, pós-teste e entrevistas semiestruturadas	Melhoria da qualidade de vida das pessoas após o programa.
Cheville et al. (2013)	Avaliar os benefícios de um programa de exercício em casa nas pessoas com cancro de estadió IV.	Ensaio clínico randomizado	Melhorias na mobilidade, fadiga e qualidade do sono em doentes com cancro de pulmão e colorretal no estadió IV.
Hasegawa et al. (2022)	Explorar barreiras e facilitadores para melhorar a integração de cuidados paliativos domiciliários e oncologia médica vivenciados pelos profissionais de saúde no Japão.	Qualitativo	Barreiras e facilitadores foram agrupados em três temas: (1) perspetivas e ideias sobre a integração da oncologia e dos cuidados paliativos domiciliários; (2) barreiras; e (3) facilitadores.
Hashem et al. (2020)	Identificar as características dos modelos de cuidados paliativos em casa que funcionam melhor, para quem e em que circunstâncias.	Revisão sistemática	O planeamento antecipado dos cuidados permite que as pessoas expressem os seus desejos antes de uma deterioração súbita, oferecendo-lhes opções de cuidados e inclusão no processo de decisão.
Holm et al. (2016)	Avaliar os efeitos a curto e longo prazo de uma intervenção psicoeducativa em grupo, visando melhorar a preparação para o cuidado familiar em cuidados paliativos especializados no domicílio.	Ensaio clínico randomizado	O grupo de intervenção melhorou significativamente na preparação para o cuidado em comparação com o grupo de controlo, tanto a curto como a longo prazo. Além disso, a competência para cuidar aumentou significativamente a curto prazo, mas não a longo prazo. A intervenção não impactou as recompensas pelo cuidado, sobrecarga do cuidador, saúde, ansiedade ou depressão.
Hudson et al. (2015)	Avaliar uma intervenção psicoeducativa individual com o objetivo de mitigar a angústia dos cuidadores de pessoas com cancro avançado que recebem cuidados paliativos domiciliários.	Ensaio clínico randomizado	Houve significativamente menos agravamento da angústia entre os tempos 1 e 3 no grupo de intervenção com uma visita em comparação com o grupo de controlo. No entanto, nenhuma diferença significativa foi encontrada entre as intervenções de duas visitas e o grupo de controlo.
Jones et al. (2013)	Testar a eficácia clínica e económica benefício de uma intervenção de reabilitação nos doentes com cancro avançado e recorrente.	Ensaio clínico randomizado	A intervenção reduziu significativamente as necessidades não atendidas das pessoas que sobreviveram ao cancro, demonstrando uma boa relação custo-benefício.
Mota-Romero et al. (2021)	Desenvolver um programa de cuidados de fim de vida para lares de idosos em Espanha, baseado em modelos anteriores, mas adaptados ao contexto específico e às necessidades dos profissionais dos lares de idosos no país.	Descritivo	A implementação do programa revelou uma melhoria na autoeficácia e nas atitudes face aos cuidados de fim de vida nos lares de idosos.
Moyo et al., 2022	Determinar a relação entre uma intervenção do vídeo de planeamento antecipado e as transições nos cuidados de saúde em fim de vida entre residentes de longa permanência em lares de idosos com doença avançada.	Ensaio clínico randomizado	O planeamento antecipado de cuidados assistido por vídeo foi modestamente associado à redução de transferências hospitalares nos últimos 90 dias de vida entre residentes de lares de idosos com doença avançada. No entanto, a intervenção não apresentou uma associação significativa com transições tardias nos cuidados de saúde nem com múltiplas transferências hospitalares.
Puente-Fernández et al. (2020)	Avaliar a intensidade dos sintomas, assim como os tratamentos e procedimentos terapêuticos recebidos em doentes crónicos em estado avançado residentes em lares de idosos.	Estudo prospetivo multicêntrico	Aumento dos sintomas na última semana de vida. As terapias mais invasivas podem resultar numa diminuição do conforto das pessoas, como sonda vesical, colocação de cateteres venosos periféricos e alimentação enteral.

A Tabela 5 apresenta as principais características das amostras. Os estudos incluídos abordam uma ampla variedade de amostras, refletindo a complexidade e diversidade dos CPD. As amostras variam consideravelmente em tamanho, desde pequenos grupos de profissionais de saúde como no estudo de Hasegawa et al. (2022), com 27 participantes, até estudos envolvendo um grande número de participantes como o estudo de Moyo et al. (2022), com 360 lares de idosos.

Tabela 5 - Características da amostra

Autores	Amostra
Becqué et al. (2019)	9 estudos
Bökberg et al. (2019)	195 familiares
Buss et al. (2010)	49 doentes
Chan et al. (2013)	108 pessoas
Cheville et al. (2013)	66 doentes
Hashem et al. (2020)	49 estudos
Hasegawa et al. (2022)	27 profissionais de saúde
Holm et al. (2016)	119 cuidadores
Hudson et al. (2015)	160 cuidadores
Jones et al. (2013)	41 pessoas
Moyo et al., 2022	360 lares
Mota-Romero et al. (2021)	22 intervenções
Puente-Fernández et al. (2020)	107 pessoas

Os estudos incluídos utilizaram uma variedade de instrumentos de avaliação para medir diversos aspetos relacionados aos CPD, como se denota na Tabela 6.

Tabela 6 - Instrumentos de avaliação

Autores	Instrumentos de avaliação
Becqué et al. (2019)	-----
Bökberg et al. (2019)	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
Buss et al. (2010)	<i>Rotterdam Symptom Checklist; Brief Fatigue Inventory; World Health Organisation/Eastern Cooperative Oncology Group; Visual Analogue Fatigue Scale.</i>
Chan et al. (2013)	<i>McGill Quality of Life Questionnaire for Hong Kong Chinese; Family Satisfaction Scale</i>
Cheville et al. (2013)	<i>Ambulatory Post Acute Care Basic Mobility Short Form; Functional Assessment of Cancer Therapy-General; Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue</i>
Hasegawa et al. (2022)	<i>Semi-structured focus groups and individual interviews</i>
Hashem et al. (2020)	-----
Holm et al. (2016)	<i>Caregiver Competence Scale; Rewards of Caregiving Scale; Caregiver Burden Scale; Health Index; Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
Hudson et al. (2015)	<i>General Health Questionnaire</i>
Jones et al. (2013)	<i>Supportive Care Needs Survey</i>
Mota-Romero et al. (2021)	<i>Self-Efficacy in Palliative Care; FATCOD Scale</i>
Moyo et al., 2022	<i>Pragmatic Trial of Video Education in Nursing Homes</i>
Puente-Fernández et al. (2020)	<i>Edmonton Symptoms Assessment Scale</i>

A Tabela 7 apresenta uma síntese das características das intervenções utilizadas nos 13 estudos.

Tabela 7 - Características das intervenções

Autores	Intervenções	Frequência	Duração	Observações
Becqué et al. (2019)	-----	-----	-----	-----
Bökberg et al. (2019)	6 seminários	2 a 3 horas	3 meses	-----
Buss et al. (2010)	Cinesioterapia	3 vezes por semana, durante 20 a 30 minutos	4 semanas	Grupo experimental A (com cinesioterapia) e grupo de controlo B (sem cinesioterapia)
Chan et al. (2013)	8 semanas de um programa que compreendia os elementos de controlo de sintomas, comunicação intensiva sobre planeamento antecipado de cuidados e intervenção psicossocial.	30 a 45 minutos	8 semanas	-----
Cheville et al. (2013)	Programa de exercícios domiciliários que incluiu caminhadas e treino de força.	4 dias por semana	8 semanas	O grupo de controlo não recebeu orientações para realizar as atividades.
Hasegawa et al. (2022)	-----	-----	-----	-----
Hashem et al. (2020)	-----	-----	-----	-----
Holm et al. (2016)	3 sessões por profissionais de saúde (médico, enfermeiro e assistente social/padre).	3 sessões	2 meses	-----
Hudson et al. (2015)	A intervenção incluiu duas abordagens: uma com uma visita domiciliária presencial e ligações telefónicas subsequentes, e outra com duas visitas domiciliárias. O grupo de controlo recebeu apenas o atendimento padrão.	semanal	8 semanas	-----
Jones et al. (2013)	Exercícios de reabilitação no domicílio	1 vez por semana	3 meses	-----
Mota-Romero et al. (2021)	-----	-----	-----	-----
Moyo et al., 2022	5 vídeos	6 a 10 minutos	3 meses	-----
Puente-Fernández et al. (2020)	Procedimentos terapêuticos (como cateteres urinários, colocação de cateter venoso periférico e alimentação enteral) e medicamentos (como antibióticos, ansiolíticos e novas prescrições de antidepressivos)	1 vez por mês	5 meses	-----

4. Discussão dos Resultados

O estudo apresentado é uma *scoping review*, focado nos efeitos das intervenções do EEER em pessoas em CPD. Os resultados indicam uma variedade significativa de intervenções e abordagens nos CPD, refletindo a complexidade e a diversidade das necessidades das pessoas e dos seus cuidadores. A seleção de 13 estudos, após um processo rigoroso de triagem, destaca a relevância e a qualidade das investigações incluídas.

O modelo holístico de cuidados, que reconhece a interação entre mente, corpo e espírito, é importante para a saúde e qualidade de vida da pessoa e da sua família. No entanto, a padronização universal desse modelo nos CPD revela-se desafiadora. A implementação do planeamento antecipado de cuidados possibilita que os indivíduos expressem as suas preferências antes de uma deterioração súbita do estado de saúde, favorecendo a tomada de decisões informadas e alinhadas com os seus valores e desejos. Esta abordagem contribui para uma prestação de cuidados mais personalizada, melhorando a comunicação entre doentes, familiares e profissionais de saúde, além de promover uma maior autonomia e participação no processo decisório. Apesar disso, apenas 42,3% dos participantes demonstraram atitudes positivas em relação a este planeamento, indicando a necessidade de maior consciencialização e registo eletrónico dos desejos das pessoas para facilitar o acesso por diferentes serviços de saúde (Hashem et al., 2020).

Os estudos revistos destacam a eficácia de intervenções multicomponentes no apoio aos cuidadores familiares. As intervenções que combinam apoio emocional, informações e treino prático são mais eficazes no suporte aos cuidadores familiares (Becqué et al., 2019), com melhorias na qualidade de vida dos cuidadores após uma intervenção educativa, enfatizando a importância do suporte contínuo e estruturado (Bökberg et al., 2019). A educação oferece aos cuidadores o conhecimento necessário sobre a condição de saúde da pessoa, cuidados a prestar e estratégias de adaptação, o que reduz a ansiedade e aumenta a confiança na gestão de cuidados.

Além disso, os ensaios clínicos randomizados revelaram benefícios significativos de programas de exercícios domiciliários para as pessoas com cancro avançado. Cheville et al. (2013) evidenciaram melhorias notáveis na mobilidade, na qualidade do sono, assim como na redução da fadiga, indicando que o exercício pode ter um impacto positivo em vários aspetos do bem-estar físico e emocional dessas pessoas. Da mesma forma, Buss et al. (2010)

observaram uma redução significativa na intensidade da fadiga após a implementação de um programa de cinesioterapia, destacando a eficácia dos exercícios específicos para combater a fadiga associada ao cancro. Esses estudos sublinham a importância dos programas de exercícios domiciliares como uma intervenção valiosa para melhorar a qualidade de vida e o estado funcional das pessoas com cancro avançado.

A adaptação das intervenções ao contexto local também emerge como um tema fundamental. Mota-Romero et al. (2021) demonstraram que adaptar programas de cuidados de fim de vida às necessidades específicas nos lares de idosos pode melhorar significativamente a autoeficácia e as atitudes em relação aos CP. Estes resultados ressaltam a importância da personalização e da flexibilidade nas intervenções, indicando que adaptar os cuidados ao contexto e às particularidades dos ambientes onde são prestados pode otimizar os resultados e a aceitação dos programas.

As intervenções educativas são outra área de destaque. Holm et al. (2016) e Hudson et al. (2015) avaliaram programas psicoeducativos para cuidadores familiares, demonstrando que tais intervenções podem reduzir significativamente o sofrimento psicológico e aumentar a competência dos cuidadores. No entanto, os efeitos a longo prazo dessas intervenções podem ser variados, o que indica a necessidade de oferecer suporte contínuo. Essa observação sugere que, para manter os benefícios alcançados e assegurar um suporte eficaz ao longo do tempo, é essencial implementar estratégias de acompanhamento e reforço contínuo.

A implementação de programas educativos e a disposição para mudanças organizacionais são determinantes essenciais para o êxito dos CP em lares de idosos. A formação nesta área contribui para a melhoria da comunicação, da gestão e da colaboração interdisciplinar, além de influenciar positivamente as atitudes face aos cuidados no fim de vida. O programa NUHELP, por exemplo, enfatiza o desenvolvimento de diretivas antecipadas de cuidados, discutindo valores e objetivos das pessoas para auxiliar na tomada de decisões clínicas (Mota-Romero et al., 2021). Especificamente, o acompanhamento antecipado de cuidados por vídeo assistido mostrou uma redução modesta nas transferências hospitalares para residentes de longa permanência com doença avançada, sugerindo ser uma estratégia promissora (Moyo et al., 2022).

A diversidade de instrumentos de avaliação utilizados nos estudos, como questionários de qualidade de vida e escalas de sintomas, permite uma análise abrangente dos diferentes aspetos dos CP. A utilização de métodos qualitativos e quantitativos proporciona uma

compreensão holística dos efeitos das intervenções, como observado nos estudos de Chan et al. (2013) e Jones et al. (2013).

4.1. Limitações

O presente estudo apresentou várias limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a pesquisa foi restrita a artigos publicados em inglês e português, o que pode ter excluído estudos relevantes em outras línguas. A seleção de bases de dados foi limitada à EBSCO e PubMed, não considerando outros repositórios de literatura científica, o que pode ter levado à omissão de estudos importantes. As diferenças nos sistemas de saúde e nas práticas culturais entre diferentes países podem não ter sido integralmente consideradas, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, por se tratar de uma *scoping review*, este estudo centra-se na identificação e síntese das evidências disponíveis, sem realizar uma análise crítica aprofundada ou uma avaliação rigorosa da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

5. Conclusão

A presente *scoping review* inclui uma análise de 13 artigos com a finalidade de expandir o conhecimento sobre os cuidados de ER em pessoas em CP. Os resultados desta revisão sublinham a importância das intervenções multicomponentes, do planeamento antecipado e da adaptação local para a eficácia dos CPD. As intervenções educativas e de suporte psicológico são particularmente eficazes na melhoria da qualidade de vida das pessoas e cuidadores. No entanto, a diversidade dos contextos e das necessidades das pessoas requer abordagens flexíveis e personalizadas.

Para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos empíricos que avaliem diretamente a eficácia das intervenções de CP em diferentes contextos culturais e sistemas de saúde. São necessárias investigações que analisem a implementação de programas educativos e a predisposição para a mudança organizacional em diferentes níveis de CP, a fim de compreender de forma mais aprofundada as barreiras e os fatores facilitadores nesses domínios. Finalmente, seria útil realizar estudos longitudinais que acompanhem os efeitos das intervenções do EEER em CP ao longo do tempo, fornecendo dados mais robustos sobre os resultados a longo prazo para pessoas e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, R., & Epstein, A. S. (2018). Advance care planning and end-of-life decision making for patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 316-326. <https://doi.org/10.1016%2Fj.soncn.2018.06.012>
- Antony, L., Thelly, A. S., & Mathew, J. M. (2022). Evidence-based clinical practice guidelines for caregivers of palliative care patients on the prevention of pressure ulcer. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(1), 75-81. https://doi.org/10.25259/ijpc_99_2022
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIMES manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Artioli, G., Bedini, G., Bertocchi, E., Ghirotto, L., Cavuto, S., Costantini, M., & Tanzi, S. (2019). Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: A mixed-method evaluation. *BMC Palliative Care*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0476-8>
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A., van Driel, A. G., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2019). Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.011>
- Bisset, M. (2005). Palliative care nursing: Principles and evidence for practice. *British Journal of Cancer*, 92, 794-795. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602371>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, S. R. (2022). Satisfaction with care provided by home-based palliative care service to the cancer patients in Dhaka City of Bangladesh: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 5(6), e908. <https://doi.org/10.1002/hsr2.908>
- Bökberg, C., Behm, L., & Ahlström, G. (2019). Next of kin's quality of life before and after implementation of a knowledge-based palliative care intervention in nursing homes. *Quality of Life Research*, 28, 3293-3301. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02268-9>
- Brook, E., Chur-Hansen, A., Chan, L., & Crawford, G. (2023). Psychological service provision in Australian Palliative Care Services. *Palliative & Supportive Care*, 22(6), 1661-1667. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000925>
- Brown, C., Peck, S., Humphreys, J., Schoenherr, L., Saks, N. T., Sumser, B., & Elia, G. (2020). COVID-19 lessons: The alignment of palliative medicine and trauma-informed care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e26-e30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.014>

- Buss, T., de Walden-Gałaszko, K., Modlińska, A., Osowicka, M., Lichodziejewska-Niemierko, M., & Janiszewska, J. (2010). Kinesitherapy alleviates fatigue in terminal hospice cancer patient: An experimental, controlled study. *Supportive Care in Cancer*, 18, 743-749. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0709-0>
- Cerqueira, M. (2004). *O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa.
- Chan, C. W., Chui, Y. Y., Chair, S. Y., Sham, M. M., Lo, R. S., Ng, C. S., Chan, H. Y., & Lai, D. C. (2013). The evaluation of a palliative care programme for people suffering from life-limiting diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 113-123. <https://doi.org/10.1111/jocn.12094>
- Cheville, A. L., Kollasch, J., Vandenberg, J., Shen, T., Grothey, A., Gamble, G., & Basford, J. R. (2013). A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with stage IV lung and colorectal cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), 811-821. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.006>
- Connor, S. R. & Bermedo, M. C. (Eds.) (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Worldwide Palliative Care Alliance. https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Costa, M. A., Martins, M. M., & Gomes, B. (2010). *A enfermagem de reabilitação*. Formasau.
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 06 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 74/2006*, de 24 de março. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior ... estabelece as bases do financiamento do ensino superior. Diário da República, 60. Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Despacho n.º 5613/2015*, de 27 de maio. Aprova a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Diário da República, 102. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Dimitriou, T., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., Athanasiadis, L., Ioannidis, P., Koutsouraki, E., Tegos, T., & Tsolaki, M. (2022). Assess of combinations of non-pharmacological interventions for the reduction of irritability in patients with dementia and their caregivers: A cross-over RCT. *Brain Sciences*, 12(6), 691. <https://doi.org/10.3390/brainsci12060691>
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & BERimój, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies

- in primary health care practice. *Plos One*, 14(8), e0220116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ernstmeyer, K., & Christman, E. (2021). Mobility. In K. Ernstmeyer & E. Christman (Eds.), *Open resources for nursing: Nursing fundamentals*. Chippewa Valley Technical College. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591828/>
- Fajardo-Chica, D. (2023). Sobre el concepto de dolor total. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 368-372. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>.
- Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, J. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed.). <https://doi.org/10.1093/med/9780199332342.001.0001>
- Ferrell, B. R., Twaddle, M. L., Melnick, A., & Meier, D. E. (2018). National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th edition. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1684-1689. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>
- Ferrell, B., Virani, R., Paice, J. A., Coyle, N., & Coyne, P. (2010). Evaluation of palliative care nursing education seminars. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.08.004>
- Fonseca, C., & Oliveira, S. (2021). Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 19-33. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.144>
- Gembe, M., Tariku, T., Tesfaye, T., & Hailu, E. (2024). Palliative care practice and associated factors among nurses working in chronic care units of tertiary hospitals in Ethiopia: A cross-sectional study. *Nursing: Research and Reviews*, 14, 45-58. <https://doi.org/10.2147/nrr.s431644>
- Gijsberts, M.-J. (2022). Spiritual care in palliative care: A physician's perspective. *Religions*, 13(4), 323. <https://doi.org/10.3390/rel13040323>
- Givler, A., Bhatt, H., & Maani-Fogelman, P. A. (2024). *The importance of cultural competence in pain and palliative care*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7). <https://doi.org/10.1186/1472-684x-12-7>
- Hagan, T. L., Xu, J., Lopez, R. P., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Education Today*, 61, 216-219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.037>

- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, *102*, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hasegawa, T., Yamagishi, A., Sugishita, A., Akechi, T., Kubota, Y., & Shimoyama, S. (2022). Integrating home palliative care in oncology: a qualitative study to identify barriers and facilitators. *Supportive care in cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(6), 5211-5219. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06950-6>.
- Hashem, F., Brigden, C., Wilson, P., & Butler, C. (2020). Understanding what works, why and in what circumstances in hospice at home services for end-of-life care: Applying a realist logic of analysis to a systematically searched literature review. *Palliative Medicine*, *34*(1), 16-31. <https://doi.org/10.1177/0269216319867424>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Lusociência.
- Higginson, I. J., Evans, C. J., Grande, G., Preston, N., Morgan, M., McCrone, P., Lewis, P., Fayers, P., Harding, R., Hotopf, M., Murray, S. A., Benalia, H., Gysels, M., Farquhar, M., & Todd, C. (2013). Evaluating complex interventions in end-of-life care: The MORECare Statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. *BMC Medicine*, *11*(111). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-111>
- Hoffstädt, H. E., Boogaard, J. A., Tam, M. C., van Bodegom-Vos, L., Stoppelenburg, A., Hartog, I. D., van der Linden, Y. M., & van der Steen, J. T. (2022). Practice of supporting family caregivers of patients with life-threatening diseases: A two-phase study among healthcare professionals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *40*(6), 633-643. <https://doi.org/10.1177/10499091221123006>
- Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C.-J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care: Results from a randomized control trial. *Psycho-Oncology*, *25*(7), 795-802. <https://doi.org/10.1002/pon.4004>
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: Longer term effects from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, *24*(1), 19-24. <https://doi.org/10.1002/pon.3610>
- Hugar, L. A., Wulff-Burchfield, E. M., Winzelberg, G. S., Jacobs, B. L., & Davies, B. J. (2021). Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. *Nature Reviews Urology*, *18*, 623-635. <https://doi.org/10.1038/s41585-021-00491-z>
- Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of palliative care delivery for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(9), 852-865. <https://doi.org/10.1200/jco.18.02123>

- Johnson, H., Ogden, M., Brighton, L. J., Etkind, S. N., Oluyase, A. O., Chukwusa, E., Yu, P., de Wolf-Linder, S., Smith, P., Bailey, S., Koffman, J., & Evans, C. J. (2020). Patient and public involvement in palliative care research: What works, and why? A qualitative evaluation. *Palliative Medicine*, 35(1), 151-160. <https://doi.org/10.1177/0269216320956819>
- Jones, L., FitzGerald, G., Leurent, B., Round, J., Eades, J., Davis, S., Gishen, F., Holman, A., Hopkins, K., & Tookman, A. (2013). Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), 315-325.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.08.017>
- Kelley, A. S., Deb, P., Du, Q., Aldridge Carlson, M. D., & Morrison, R. S. (2013). Hospice ERollment saves money for Medicare and improves care quality across a number of different lengths-of-stay. *Health Affairs*, 32(3), 552-561. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0851>
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Sáenz Madrigal, M. R., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., & Rajagopal, M. R. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32513-8)
- Lagueux, É., Dépelteau, A., & Masse, J. (2018). Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: A scoping review. *Pain Research and Management*, 2018(1). <https://doi.org/10.1155/2018/5378451>
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006732.pub4>
- Li, W. W., Chhabra, J., & Singh, S. (2021). Palliative care education and its effectiveness: A systematic review. *Public Health*, 194, 96-108. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.033>
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
- Macharia, J. M., Raposa, B. L., Sipos, D., Melczer, C., Toth, Z., & Káposztás, Z. (2023). The impact of palliative care on mitigating pain and its associated effects in determining quality of life among colon cancer outpatients. *Healthcare*, 11(22), 2954. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222954>

- Mathew, C., Hsu, A. T., Prentice, M., Lawlor, P., Kyeremanteng, K., Tanuseputro, P., & Welch, V. (2019). Economic evaluations of palliative care models: A systematic review. *Palliative Medicine*, 34(1), 69-82. <https://doi.org/10.1177/0269216319875906>
- Mota-Romero, E., Esteban-Burgos, A. A., Puente-Fernández, D., García-Caro, M. P., Hueso-Montoro, C., Herrero-Hahn, R. M., & Montoya-Juárez, R. (2021). Nursing homes end of life care program (NUHELP): Developing a complex intervention. *BMC Palliative Care*, 20(98). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00788-1>
- Moyo, P., Loomer, L., Teno, J. M., Gutman, R., McCreedy, E. M., Bélanger, E., Volandes, A. E., Mitchell, S. L., & Mor, V. (2022). Effect of a video-assisted advance care planning intervention on end-of-life health care transitions among long-stay nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(3), 394-398. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.09.014>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(143). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- National Council for Palliative Care. (2000). *Fullfilling lives: Rehabilitation in palliative care*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos: Conselho de Enfermagem, dezembro de 2001*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan: A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Cardoso, D., Almeida, M., Cruz, A., & Apóstolo, J. (2020). Palliative rehabilitation interventions in palliative care: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 18(11), 2349-2356. <https://doi.org/10.11124/jbies-20-00024>
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition: Key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22(3), 222-232. <https://doi.org/10.1177/0269216308089803>

- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2017). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIR reviewer's manual* (pp. 407-452). JBI. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>
- Puente-Fernández, D., Roldán-López, C. B., Campos-Calderón, C. P., Hueso-Montoro, C., García-Caro, M. P., & Montoya-Juarez, R. (2020). Prospective evaluation of intensity of symptoms, therapeutic procedures and treatment in palliative care patients in nursing homes. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 750. <https://doi.org/10.3390/jcm9030750>
- Regulamento n.º 140/2019*, de 06 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 26. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019*, de 03 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 85. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, R., Oliveira, H., Goes, M., Gonçalves, C., Dias, A., & Fonseca, C. (2023). The effectiveness of nursing rehabilitation interventions on self-care for older adults with respiratory disorders: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6422. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146422>
- Roberts, B., Robertson, M., Ojukwu, E. I., & Wu, D. S. (2021). Home based palliative care: Known benefits and future directions. *Current Geriatrics Reports*, 10, 141-147. <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00372-8>
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., van den Muijsenbergh, M., Noordman, J., & van Dulmen, S. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *Plos One*, 15(6), e0234926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234926>
- Santos, F. (2011). *O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice*. Atheneu.
- Shang, J., M., C., Poghosyan, L., Dowding, D., & Stone, P. (2014). The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 42(5), 479-484. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.12.018>
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130-150. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., Ferrell, B. R., Loscalzo, M., Meier, D. E., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Somerfield, M., Stovall, E., & von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology

provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.5161>

Spencer, L. H., Anthony, B. F., Davies, J., Pisavadia, K., Gillen, L., Noyes, J., Fitzsimmons, D., Lewis, R., Cooper, A., Hughes, D., Edwards, R. T., & Edwards, A. (2024). *The costs and cost-effectiveness of different service models of palliative care, focusing on end-of-life care: A rapid review*. Bangor Institute for Health and Medical Research/Centre for Health Economics and Medicines Evaluation. <https://doi.org/10.1101/2024.03.06.24303850>

Symmons, S., Ryan, K., Aoun, S. M., Selman, L. E., Davies, A. N., Cornally, N., Lombard, J., McQuillan, R., Guerin, S., O'Leary, N., Connolly, M., Rabbitte, M., Mockler, D., & Foley, G. (2022). Decision-making in palliative care: Patient and family caregiver concordance and discordance—systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 13(4), 374-385. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003525>

Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Peralvez Torres, E., & Mesía, R. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) approach and quality of care. *Frontiers in Oncology*, 10, 85. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>

Teno, J. M., Clarridge, B. R., Casey, V., Welch, L. C., Wetle, T., Shield, R., & Mor, V. (2004). Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *Journal of the American Medical Association* 291(1), 88-93. <https://doi.org/10.1001/jama.291.1.88>

Timm, H., Thuesen, J., & Clark, D. (2021). Rehabilitation and palliative care: Histories, dialectics and challenges. *Wellcome Open Research*, 6, 171. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopERes.16979.1>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

Vaiphei, S. D. (2019). The importance of holistic assessment in palliative end-of-life care and quality health outcomes. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, 3(53), 6-10. <https://doi.org/10.23950/1812-2892-jcmk-00700>

van Veen, S., Drenth, H., Hobbelen, H., Finnema, E., Teunissen, S., & de Graaf, E. (2024). Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: A systematic review. *Palliative Care and Social Practice*, 18. <https://doi.org/10.1177/26323524231222496>

- Vieira, I. P., Rocha, K. F., Benites, J. E., de Oliveira, J. H., Pereira, T. O, Lescano, F. A., & Barbosa, S. R. (2020). Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes pós acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Development*, 6(4), 17391-17403. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-056>
- von Gunten, C. F. (2002). Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 287(7), 875-881. <https://doi.org/10.1001/jama.287.7.875>
- White, N., Kupeli, N., Vickerstaff, V., & Stone, P. (2017). How accurate is the ‘surprise question’ at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 15(139). <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0907-4>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>