



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Programas de Reabilitação para o Controlo da Fadiga em Pacientes Oncológicos

Uma *Scoping Review*

Discente: Flávia Carvalho, Nº13304



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Flávia Carvalho

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PARA O CONTROLO DA FADIGA
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
*UMA SCOPING REVIEW***

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Viana do Castelo, 31 de março de 2026

AGRADECIMENTOS

Ao decidirmos enveredar por novos caminhos, sabemos que, ao percorrê-los, nunca mais seremos os mesmos.

Esta jornada revelou-se rica em experiências e vivências que marcarão, de forma indelével, o meu percurso enquanto Pessoa e Profissional, futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Assim, expresso o meu agradecimento a todos quantos contribuíram para este percurso formativo, uma vez que, sem o seu apoio e disponibilidade, o mesmo não teria sido tão enriquecedor: aos diversos contextos de estágio, pelas oportunidades de aprendizagem e pelos ensinamentos proporcionados; aos Enfermeiros Tutores, pela partilha de conhecimento, pelo estímulo ao meu pensamento crítico e pela oportunidade de Cuidar nos seus serviços; à minha companheira de estágio Ana Silva, pela amizade, entreaajuda e incentivo constantes ao longo destes meses e, de forma particular, à Gestora Pedagógica, Professora Doutora Salomé Ferreira, pela orientação e acompanhamento contínuos ao longo deste percurso.

À minha Família, ao Júlio e aos meus Amigos, por serem o porto seguro onde posso sempre voltar.

DEDICATÓRIA

Aos Meus Pais, o início e o fim do meu Tudo.

PENSAMENTO

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Ricardo Reis, *in* Odes.

RESUMO

O presente relatório descreve, criticamente, o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, direcionado para a prestação de cuidados especializados ao utente com patologia do foro cardiorrespiratório, neurológico e orto traumatológico, permitindo a consolidação de saberes teóricos e práticos, essenciais ao exercício profissional diferenciado em Enfermagem de Reabilitação (ER), articulando as competências comuns do enfermeiro especialista com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O estágio decorreu em contexto hospitalar, nos serviços de Reabilitação Respiratória, Cirurgia Cardiorácica, Neurologia, Neurocirurgia e Traumatologia, e em contexto comunitário, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), em três Unidades Locais de Saúde do Norte do país. Foram acompanhados utentes com processos de doença aguda e crónica, associados a défices funcionais, dependência nas AVD's e necessidade de readaptação face à sua situação atual de saúde.

A intervenção do EEER, integrada na equipa multidisciplinar, centrou-se na prestação de cuidados holísticos e de qualidade, mediante uma avaliação funcional sistematizada e na implementação de programas de reabilitação individualizados, orientados para a maximização da funcionalidade, a promoção da autonomia e capacitação do utente e família para uma transição eficaz no processo saúde-doença. A relação terapêutica estabelecida, sustentada na empatia, na parceria e na escuta ativa, revelou-se determinante para a adesão ao processo de reabilitação e para a obtenção de ganhos em saúde.

Paralelamente à componente prática, foi desenvolvida uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível relativa a “*Programas de reabilitação para o controlo da fadiga em pacientes oncológicos*”, permitindo aprofundar conhecimentos, identificar lacunas na evidência disponível e reforçar a relevância da prática baseada na evidência, no planeamento e implementação dos cuidados de reabilitação.

Em síntese, este relatório reflete um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, sustentado na aquisição de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, comprovando o papel do EEER como elemento central na tomada de decisão clínica face às necessidades complexas do utente e da sua família nos diferentes contextos da prática de cuidados.

Palavras-Chave: Enfermagem em Reabilitação; Fadiga; Reabilitação.

ABSTRACT

This report provides a critical overview of the training program developed as part of the Professional Internship for the master's degree in Rehabilitation Nursing, which focuses on providing specialized care to patients with cardiorespiratory, neurological and orthopedic-traumatological conditions. The program enables the consolidation of theoretical and practical knowledge, essential for specialized professional practice in Rehabilitation Nursing (RN), integrating the common competencies of the specialist nurse with the specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

The internship took place in a hospital setting, within the Respiratory Rehabilitation, Cardiothoracic Surgery, Neurology, Neurosurgery, and Traumatology departments, and in a community setting, within the Integrated Continuing Care Team, at three Local Health Units in the northern part of the country. Patients with acute and chronic conditions were monitored, including those with functional deficits, dependence on activities of daily living, and a need for rehabilitation given their current health status.

The RN's intervention, integrated into the multidisciplinary team, focused on providing holistic, high-quality care through a systematic functional assessment and the implementation of individualized rehabilitation programs aimed at maximizing functionality, promoting autonomy, and empowering the patient and family for an effective transition in the health-illness process. The therapeutic relationship established, based on empathy, partnership, and active listening, proved to be crucial for adherence to the rehabilitation process and for achieving health gains.

In parallel with the practical component, a scoping review was conducted to map the available scientific evidence regarding "Rehabilitation programs for fatigue management in cancer patients," allowing for the deepening of knowledge, the identification of gaps in the available evidence, and the reinforcement of the relevance of evidence-based practice in the planning and implementation of rehabilitation care.

In summary, this report reflects a journey of personal and professional development, grounded in the acquisition of scientific, technical, ethical, and interpersonal skills, demonstrating the role of the EEER as a central element in clinical decision-making in response to the complex needs of patients and their families across various healthcare settings.

Keywords: Fatigue; Rehabilitation Nursing; Rehabilitation.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ASIA - *American Spinal Injury Association Impairment Scale*
- AVC– Acidente Vascular Cerebral
- AVD’S – Atividades de Vida Diárias
- BFI – *Brief Fatigue Inventory*
- CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- CRN – Centro de Reabilitação do Norte
- DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECL – Equipa Coordenadora Local
- EEER – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- EGA – Equipa de Gestão de Altas
- ENLCC – Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro
- ENP – Estágio de Natureza Profissional
- ENPI – Estágio de Natureza Profissional I
- ENPII – Estágio de Natureza Profissional II
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- ESMO – *European Society for Medical Oncology*
- FACIT-F – *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue*
- FACT-An – *Functional Assessment of Cancer Therapy – Anemia*
- FAS – *Fatigue Assessment Scale*
- GUSS – *Gugging Swallowing Screen*
- JBI – Joanna Briggs Institute
- LOE – Lesão Ocupante de Espaço
- MeSH - *Medical Subject Headings*
- MMSE – *Mini Mental State Examination*
- MRC – *Medical Research Council*
- NCCN – *National Comprehensive Cancer Network*
- NLM – *National Library of Medicine*
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OSF – *Open Science Framework*

- PA – Plano de Ação
- PCC – População, Conceito e Contexto
- PRESS – *Peer Review of Electronic Search Strategies*
- PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
- PTA – Prótese Total da Anca
- PTJ – Prótese Total do Joelho
- QdV – Qualidade de Vida
- RN – *Rehabilitation Nursing*
- RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
- TCE – Traumatismo cranioencefálico
- TVM – Traumatismo vertebro medular
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	ii
DEDICATÓRIA	iii
PENSAMENTO	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	vii
SUMÁRIO.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS.....	xi
INTRODUÇÃO	1
1. A PRÁTICA CLÍNICA: CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEER	5
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II.....	6
1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II	9
1.2.1. PROCESSO NEUROLÓGICO VASCULAR E DEGENERATIVO	9
1.2.2. PROCESSO NEUROLÓGICO TRAUMATOLÓGICO.....	12
1.2.3. PROCESSO ORTOTRAUMATOLÓGICO E REUMATOLÓGICO	15
1.2.4. EM CONTEXTO COMUNITÁRIO – UCC, ECCI.....	19
2. ANÁLISE REFLEXIVA DOS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER	26
3. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PARA O CONTROLO DA FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS - UMA SCOPING REVIEW	37
PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PARA O CONTROLO DA FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS – UMA SCOPING REVIEW	40
RESUMO	40
ABSTRACT	42
INTRODUÇÃO	43
OBJETIVO E QUESTÃO DE REVISÃO	45
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	46

POPULAÇÃO, CONCEITO E CONTEXTO (PCC)	46
TIPOS DE ESTUDO.....	47
MÉTODOS.....	47
ESTRATÉGIA DE PESQUISA	47
SELEÇÃO DOS ESTUDOS	49
EXTRAÇÃO DE DADOS	50
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	50
RESULTADOS	60
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	69
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	71
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA	50
Figura 2: Síntese de principais resultados	63

QUADROS

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão	46
Quadro 2: População, Conceito e Contexto (PCC)	46
Quadro 3: Estratégias de pesquisa para as diferentes bases de dados	48
Quadro 4: Extração de Dados	52

INTRODUÇÃO

Na fase final deste percurso formativo impõe-se uma reflexão crítica e fundamentada sobre o período de estágio agora concluído, enquanto momento privilegiado de consolidação de aprendizagens, desenvolvimento de competências e construção da identidade profissional enquanto futura EEER.

O Estágio de Natureza Profissional estruturou-se em dois momentos formativos distintos: o Estágio de Natureza Profissional I (ENPI), com abordagem ao utente com patologia do foro cardiorrespiratório, realizado entre 5 de maio e 13 de julho de 2025 e o Estágio de Natureza Profissional II (ENPII), desenvolvido entre 29 de setembro de 2025 e 31 de março de 2026. Este último decorreu em duas etapas formativas ímpares, correspondentes a contextos da prática clínica diferenciados, integrados em três unidades locais de saúde (ULS) da região norte do país, sobre os quais este relatório incidirá.

O primeiro momento ocorreu em contexto hospitalar, subdividido em três processos de intervenção. O Processo Neurológico Vascular e Degenerativo decorreu num serviço de Neurologia, num total de 105 horas. Seguidamente, o Processo Neurológico Traumatológico foi desenvolvido num serviço de Neurocirurgia, com 45 horas de contacto. Por fim, o Processo Orto traumatológico e Reumatológico teve lugar num serviço de Traumatologia, num total de 90 horas.

O segundo momento do estágio desenvolveu-se em contexto comunitário, numa ECCI noutra ULS, totalizando 160 horas de contacto.

Durante o estágio, foram também realizadas 50 horas de seminários, que contribuíram para o aprofundamento teórico e para a articulação entre diferentes áreas de atuação da ER. Entre 19 e 23 de janeiro de 2026, foram frequentados seminários sobre Reabilitação Funcional Respiratória Pediátrica e Reabilitação Funcional Pélvica. Na semana de 23 a 31 de março de 2026, realizou-se um segundo ciclo de seminários, cuja temática incidiu em técnicas de osteopatia, massagem terapêutica, medicina tradicional chinesa em reabilitação e enfermagem de reabilitação em oncologia.

O estágio permitiu dar continuidade ao processo formativo iniciado no ano letivo anterior, possibilitando a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares e a sua aplicação à prática clínica, numa abordagem holística, personalizada e centrada na pessoa. Esta experiência revelou-se determinante para a consolidação de competências técnicas, relacionais e reflexivas essenciais à prestação de cuidados especializados em ER, reforçando a capacidade de planejar, implementar e avaliar intervenções orientadas para o utente e para a sua família, com base numa perspetiva funcional e direcionada para ganhos em saúde.

Embora o enfoque tenha incidido sobre o utente com patologia do foro Neurológico e Orto traumatológico, foram integradas diversas técnicas de reabilitação que não se restringiram apenas

às áreas de intervenção acima mencionadas, como a Reabilitação Funcional Respiratória, compreendendo assim a importância desta especialidade na resposta às necessidades complexas do utente a seu cuidado.

A Reabilitação constitui-se como um processo multidimensional, na qual diferentes domínios terapêuticos se articulam de forma complementar para promover a recuperação funcional, a autonomia e a qualidade de vida de todos os envolvidos.

A ER, enquanto área de intervenção especializada, integrada na equipa multidisciplinar, fundamenta-se num corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, orientados para o cuidado à pessoa com patologia aguda, crónica ou com as suas sequelas, visando a maximização da funcionalidade, da autonomia, do bem-estar e da qualidade de vida em qualquer contexto da prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

O Regulamento n.º 392/2019, que define o perfil de competências específicas do EEER, explana que este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) [utilizando] técnicas e tecnologias específicas de reabilitação, [intervindo] na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados (...) proporcionando-lhes o direito à dignidade e à qualidade de vida” (p. 13565).

Assim, à luz do enquadramento conceptual da ER e do perfil de competências específicas do EEER, os objetivos delineados para o presente estágio encontram-se intimamente ligados às competências profissionais a desenvolver e consolidar.

Neste sentido, este período formativo teve como objetivos *“identificar e intervir nos focos de atenção de ER à pessoa com alterações neurológicas e ortopédicas; conceber e implementar planos de cuidados e programas de ER; desenvolver competências específicas de ER; desenvolver uma consciência profissional sobre o papel do EEER; desenvolver competências no âmbito da gestão e supervisão de cuidados; contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito do exercício profissional avançado e desenvolver o Projeto de Investigação delineado na Unidade Curricular ENPI”* (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo [ESS-IPVC], 2025).

Através da elaboração do Plano de Ação (PA) para cada contexto de estágio, foram elaborados objetivos específicos que procuraram dar resposta às necessidades encontradas, focando-se, essencialmente, em compreender a dinâmica organizacional e funcional dos diferentes serviços, desenvolver competências e habilidades na prestação de cuidados especializados no âmbito de ER ao utente com patologia do foro neurológico e orto traumatológico.

A elaboração do presente relatório encontra-se estruturada em três capítulos. No primeiro procede-se à contextualização dos locais de estágio, seguindo-se a descrição das atividades desenvolvidas. O segundo capítulo incide na reflexão crítica sobre a prática, com enfoque na articulação entre as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências específicas do EEER, evidenciando a forma como estas se relacionam em resposta às necessidades dos diferentes contextos de prática e contribuem para o desenvolvimento do percurso profissional enquanto futura EEER.

O terceiro capítulo integra o trabalho de investigação desenvolvido, subordinado ao tema “Programas de reabilitação para o controlo da fadiga em pacientes oncológicos—uma *scoping review*”. A eleição desta temática decorre do meu percurso profissional, enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais num Centro de Oncologia de referência da região norte. Não obstante o Estágio de Natureza Profissional não ter contemplado o cuidado ao utente do foro oncológico, esta afirmou-se uma inquietação transversal a todo o período de mestrado, relativa ao contributo do EEER na gestão e controlo da fadiga. Com efeito, foi no exercício da minha prática profissional que a fadiga se evidenciou como foco recorrente de atenção, quer pela frequência com que se manifesta, quer pelo impacto que exerce na funcionalidade e na qualidade de vida dos utentes. Tal constatação, aliada à ainda reduzida expressão da intervenção do EEER neste domínio, revelou uma área com assinalável potencial de desenvolvimento clínico e científico, o que motivou o aprofundamento reflexivo e fundamentado sobre o contributo da ER na prevenção e gestão deste sintoma, enquanto manifestação prevalente e incapacitante neste grupo.

Por último, apresentam-se as conclusões relativas à elaboração do presente relatório.

**1. A PRÁTICA CLÍNICA: CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
DO EEER**

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) foi estruturado em dois momentos formativos distintos, designadamente o ENP I e o ENP II, com o propósito de promover o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da intervenção à pessoa com patologia do foro cardiorrespiratório, neurológico e orto traumatológico, permitindo obter uma visão abrangente da atuação do EEER nos diferentes contextos clínicos.

O ENP I, com uma carga horária total de 200 horas, privilegiou a prestação de cuidados à pessoa com patologia cardiorrespiratória, tendo decorrido em contexto hospitalar, nomeadamente na Unidade de Reabilitação Respiratória e no serviço de Cirurgia Cardiotorácica, e em contexto comunitário, no âmbito da ECCI.

Este momento formativo representou o primeiro contacto direto com a prática clínica especializada, possibilitando não só a aquisição de competências técnicas, mas também a construção do meu perfil profissional enquanto futura EEER, compreendendo o impacto das intervenções do EEER nas diferentes fases da trajetória saúde-doença do utente com patologia cardiorrespiratória.

Neste contexto, evidenciou-se o contributo do EEER na promoção da funcionalidade, na otimização da capacidade cardiorrespiratória e na melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, sustentado numa abordagem que valoriza o utente e na sua família, orientada para a continuidade de cuidados e para a necessidade de articulação multidisciplinar entre o meio hospitalar e comunitário.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II

O estágio desenvolvido no âmbito do **processo neurológico vascular e degenerativo** decorreu num serviço de Neurologia de uma ULS na região norte do país.

No que diz respeito ao internamento, este apresenta-se como um internamento geral de tipologia mista, com capacidade para 16 camas, onde se encontram internados utentes com diversas patologias neurológicas, tais como AVC, doenças neurodegenerativas, epilepsia, hipertensão intracraniana, doenças do movimento (como a doença de Parkinson, sob protocolo de *Duodopa*), Mielopatias, Síndrome de Guillain-Barré, entre outras.

Relativamente às condições físicas, o serviço dispõe de características adequadas ao desenvolvimento da prática de ER, destacando-se a existência de uma sala de convívio, quartos e corredores amplos, facilitadores da mobilidade, do treino de marcha e da realização de exercícios terapêuticos em segurança. As instalações sanitárias encontram-se adaptadas, promovendo a autonomia dos utentes para a realização de AVD'S e contribuindo para a prevenção de quedas.

Este contexto clínico caracteriza-se por grande complexidade assistencial, exigindo intervenções especializadas, individualizadas e sustentadas numa avaliação neurológica rigorosa e contínua.

O segundo momento de estágio, referente ao **processo neurológico traumatológico** concretizou-se num serviço de Neurocirurgia, reformulado em 2022, dispondo atualmente de 26 camas de tipologia mista.

Este serviço acolhe maioritariamente utentes com patologia da coluna vertebral, lesões ocupantes de espaço (LOE), traumatismos crânio encefálicos (TCE) e traumatismos vertebro medulares (TVM), prestando cuidados a utentes provenientes do distrito do Porto.

Os utentes internados encontram-se em diferentes fases do percurso cirúrgico, nomeadamente em período pré-operatório e em pós-operatório imediato, mediato e tardio, exigindo uma abordagem diferenciada face à sua evolução clínica.

Atendendo à recente reestruturação do serviço, verificaram-se condições estruturais favoráveis ao desenvolvimento de programas de reabilitação, visíveis pela existência de espaços amplos, organizados e com adequada luminosidade. As instalações sanitárias adaptadas constituíram um elemento facilitador na promoção dos autocuidados e da funcionalidade, assegurando a segurança dos utentes.

Destaca-se ainda a realização semanal de reuniões em equipa multidisciplinar, com a participação do EEER, do Médico e da Assistente Social, com o propósito de analisar os casos clínicos dos utentes internados e definir, em parceria, a orientação mais adequada para o seu destino aquando da alta, seja o regresso ao domicílio, a integração na RNCCI ou a referenciação para o CRN.

O terceiro momento de estágio, respeitante ao **processo orto traumatológico e reumatológico** teve lugar num serviço de Traumatologia, com lotação de 30 camas, funcionando em regime de internamento de tipologia mista, acolhendo maioritariamente utentes com patologia traumática do joelho e da anca.

A casuística clínica é predominantemente constituída por fraturas do colo do fémur e fraturas trocântéricas, infeções peri-protésicas da anca, fraturas dos pratos tibiais, bem como por sequelas decorrentes de acidentes de viação, condições que implicam a necessidade de reabilitação funcional motora.

Contrariamente aos contextos anteriores, este serviço apresenta limitações do ponto de vista estrutural. Os quartos, de dimensões reduzidas e com uma disposição pouco funcional, condicionam a mobilidade dos utentes e dificultam a implementação de intervenções de ER. Acresce ainda que as instalações sanitárias, localizadas fora das enfermarias, apresentam

condições de segurança deficitárias, sendo tal um fator limitador da autonomia dos utentes na realização das AVD'S e um potenciador do risco de queda.

Por fim, o último contexto de estágio respeitante ao **processo neurológico e orto traumatológico**, aconteceu numa ECCI inserida numa UCC de uma ULS da região norte do País.

Esta equipa desempenha um papel fulcral na prestação de cuidados de saúde de proximidade à população, com destaque na intervenção domiciliária e comunitária vocacionada a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, dependência física ou funcional. A sua atuação fundamenta-se na promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação para o autocuidado e integração de redes formais e informais de apoio (Despacho n.º 10143/2009, p.15438).

O acesso à ECCI ocorre através de referenciação hospitalar pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou pelas equipas dos cuidados de saúde primários.

A proposta de admissão dos utentes na ECCI é analisada e validada pela Equipa Coordenadora Local (ECL), assegurando que esta cumpre critérios clínicos e sociais claramente definidos, numa lógica de adequação e racionalidade na alocação de recursos.

A ECCI desenvolve a sua atividade assistencial de 2ª a 6ª Feira, das 08H às 20H, e aos fins de semana e feriados, das 09H às 17H, mediante agendamento.

A sua intervenção dá-se em estreita articulação com outras unidades funcionais da ULS e com diversas instituições da comunidade, potenciando uma resposta ajustada às necessidades de saúde identificadas, nomeadamente em contextos de doença crónica, dependência e vulnerabilidade social.

No âmbito do plano de ação institucional, encontram-se implementados diversos programas e projetos comunitários, destacando-se os projetos de reabilitação, nomeadamente na área respiratória e na reabilitação do doente de foro ortopédico, submetido a PTA e PTJ, em contexto domiciliário.

Paralelamente encontram-se em desenvolvimento iniciativas inovadoras, como a Telemonitorização de utentes, bem como os programas de capacitação e apoio ao cuidador informal, proporcionando a continuidade, a segurança e a humanização dos cuidados em contexto comunitário.

Em todos os contextos de estágio constatou-se a existência de equipas multidisciplinares compostas por Enfermeiros, EEER, Médicos especialistas e Médicos internos da especialidade, Técnicos Auxiliares de Saúde, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Nutricionista e Administrativa Clínica, evidenciando a importância de uma abordagem interdisciplinar na prestação de cuidados diferenciados e de qualidade.

1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II

1.2.1. PROCESSO NEUROLÓGICO VASCULAR E DEGENERATIVO

As patologias do foro neurológico impactam, de forma profunda, a vida dos utentes e dos seus Cuidadores.

Na maioria dos casos, a instalação da doença ocorre de forma súbita, provocando mudanças rápidas e disruptivas no seu estado de saúde. Noutras situações, a sua evolução é progressiva e insidiosa, conduzindo a um declínio gradual das suas faculdades físicas, motoras e cognitivas. Em ambas, verificam-se alterações na funcionalidade, na autonomia e nas suas dinâmicas familiares e, consequentemente, na sua qualidade de vida.

Ao longo do percurso neste serviço, foi possível compreender como se processa a intervenção do EEER numa área tão complexa como é a da reabilitação neurológica, especialmente num contexto onde predominam utentes adultos e idosos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), citada por Araújo et al. (2021), explica que a reabilitação neurológica deve ser iniciada o mais precocemente possível, tanto em contexto hospitalar, como em contexto comunitário.

Para os mesmos autores (2021, p.164), compete ao EEER “a avaliação dos défices, [a] identificação dos diagnósticos, [o] planeamento e [a] implementação das intervenções (...) bem como [a] referenciação (...) que promova a continuidade de cuidados de reabilitação”.

Desde o primeiro contacto com o serviço, tornou-se claro o potencial formativo deste contexto, atendendo à complexidade dos utentes internados.

Com vista à prestação de cuidados diferenciados neste âmbito, foi fundamental a compreensão da dinâmica organizacional e funcional do serviço, dos protocolos institucionais em vigor e dos processos clínicos dos utentes internados.

O aprofundamento do conhecimento relativo às patologias neurológicas mais prevalentes no serviço, das técnicas de reabilitação motora, sensorial e cognitiva, do treino de equilíbrio e de marcha e dos treinos de deglutição revelaram-se indispensáveis para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados segura, autónoma e com qualidade.

Os receios iniciais, relacionados com a prática clínica, foram progressivamente superados ao longo do período de estágio, através da prestação de cuidados diária, da observação atenta e da orientação sistemática dos Enfermeiros Tutores, detentores de grande conhecimento técnico e científico nesta área.

Destaca-se a existência de meios e materiais disponíveis de grande qualidade (como espelho quadriculado, bolas de pilates, halteres, bastões, caneleiras, cicloergómetro, jogos e recursos didáticos para estimulação cognitiva), os quais potenciaram a eficácia das intervenções implementadas.

Durante o estágio, foram prestados cuidados a utentes com AVC'S, Doenças de Neurónio Motor, Esclerose Múltipla, Suspeitas de Fístulas Carotídeas-Cavernosas, Estado de Mal Não Convulsivo, que apresentavam défices motores significativos, implicando uma reestruturação do seu projeto de vida face à sua situação atual de saúde. Nestes casos, a intervenção do EEER foi basilar na capacitação do utente e do cuidador para a aquisição de estratégias de *coping* adaptativas e favorecedoras de uma transição eficaz do processo saúde-doença e na definição de programas de reabilitação ajustados às necessidades identificadas.

Afaf Meleis (2010) citada por Silva et al. (2019, p.42), refere que os EEER ocupam um lugar distinto no processo de transição, “desde a preparação da pessoa e família/familiar cuidador para a transição, acedendo às necessidades psicossociais durante o processo e [assegurando] as terapêuticas de enfermagem necessárias, facilitando o desenvolvimento de competências”.

A articulação com a equipa multidisciplinar foi decisiva para assegurar a continuidade dos programas de reabilitação implementados e garantir uma prestação de cuidados holística, integrada e personalizada.

A participação na condução da entrevista familiar ao utente e ao cuidador informal, com avaliação dos conhecimentos, das capacidades e dos recursos existentes, possibilitou a elaboração de um plano de intervenção ajustado às necessidades identificadas. Foram também apresentados os recursos disponíveis na comunidade, abordando-se estratégias adaptativas para as AVD'S. Do mesmo modo, procedeu-se ao ensino, instrução e treino dos cuidadores informais nas áreas consideradas pertinentes, tais como na utilização de ajudas técnicas, na identificação e remoção de barreiras arquitetónicas e nas técnicas de mobilização, posicionamento e transferência de utentes para um regresso mais seguro ao domicílio.

A relação terapêutica estabelecida, alicerçada na empatia e na escuta ativa, constituiu um elemento central neste percurso, ao favorecer a criação de um ambiente de confiança no qual o utente, o cuidador informal e a família são reconhecidos como parceiros ativos no processo de reabilitação.

No decurso do estágio, acompanhei de forma mais próxima o processo de reabilitação de um utente com patologia neurodegenerativa, com internamento prolongado por Pneumonia, o que possibilitou reconhecer, de forma significativa, o contributo da intervenção do EEER em relação aos ganhos funcionais obtidos, nomeadamente ao nível dos autocuidados, da alimentação, do treino de equilíbrio e de marcha e da destreza manual. Durante o seu internamento, foram mobilizados conhecimentos e técnicas não só na área da reabilitação motora e cognitiva, mas também no domínio da reabilitação funcional respiratória, o que contribuiu para o desenvolvimento da minha destreza técnica e a capacidade em garantir uma abordagem holística e humanizada na prestação de cuidados.

Ao desenvolver o plano de cuidados, desde a avaliação inicial até à implementação de intervenções específicas de ER, defini prioridades e desenvolvi planos de reabilitação individualizados, ajustados às especificidades e potencialidades de cada utente.

Realizei a avaliação neurológica inicial dos utentes internados, recorrendo ao instrumento de avaliação desenvolvido pelo serviço, o que possibilitou a aplicação e consolidação dos conhecimentos apreendidos no ano letivo anterior.

Apliquei escalas, tais como a Escala de Barthel, a Escala de GUSS, a Escala de Ashworth e a MRC, procedendo à sua análise e discussão com os Enfermeiros Tutores.

Como instrumentos complementares à elaboração dos planos de reabilitação, foram utilizados diferentes recursos e terapias, tais como a terapia do espelho, as talas de Margareth e o *bladder scanner*, sendo estes uma mais-valia para o serviço e para a recuperação funcional dos utentes. Observaram-se ganhos funcionais relevantes associados à sua aplicação sistemática, ao nível da melhoria da mobilização do membro parético, associada à terapia do espelho e das talas de Margareth, bem como nos treinos de eliminação vesical com recurso ao *bladder scanner*.

Durante o período de permanência no serviço concretizou-se a elaboração de um poster e de um folheto intitulados "*Cair bem, levantar melhor*", concebidos para os utentes e cuidadores informais para que, de forma breve, e com recurso a imagens didáticas, se orientasse o modo de atuação perante a queda do utente quer na presença do cuidador informal, quer este se encontrasse sozinho, contribuindo para uma maior segurança e capacitação de ambos, promovendo a autonomia, a prevenção de lesões e de incapacidades e uma resposta mais eficaz perante este tipo de ocorrência.

1.2.2. PROCESSO NEUROLÓGICO TRAUMATOLÓGICO

Dando continuidade ao estágio desenvolvido no âmbito do Processo Neurológico Vascular e Degenerativo, foi possível compreender que, apesar da continuidade existente entre ambos os contextos, estes se distinguiram pelas suas dinâmicas organizacionais e exigências clínicas específicas.

No contexto da Neurologia, predominava o acompanhamento do utente com patologia neurológica instalada e clinicamente estável, apresentando maioritariamente défices de natureza motora. Em oposição, na Neurocirurgia, a intervenção do EEER ocorria numa fase mais precoce e habitualmente em situação aguda quer no momento do diagnóstico de patologia (como nas LOE), quer na sequência de um evento traumático (como TVM ou em caso de acidente de trabalho, por exemplo), onde existiam défices motores, sensitivos e cognitivos importantes, que contrastavam com o seu estado de saúde prévio, marcado por independência e funcionalidade preservadas.

Percebeu-se, pois, que este serviço impunha uma atuação precoce, sistematizada e contínua, orientada para a prevenção de complicações, a otimização do percurso de reabilitação e a promoção da funcionalidade e da autonomia do utente.

Atendendo ao breve período de estágio, considero que este contexto formativo permitiu a consolidação de saberes teórico-práticos, o aperfeiçoamento de competências técnicas e relacionais, bem como da capacidade de análise crítica e da tomada de decisão fundamentada, ajustada às especificidades de um contexto assistencial com elevado grau de exigência e diferenciação quanto este.

Em articulação com a Enfermeira Tutora, procedeu-se à definição das estratégias a desenvolver neste período, com o propósito de consolidar e aprofundar conhecimentos que sustentassem a prestação de cuidados seguros, eficazes e de qualidade a utentes desta tipologia. A parceria estabelecida assumiu um papel notório na compreensão aprofundada da dinâmica de atuação do EEER, assim como na análise crítica da sua integração na prática clínica quotidiana enquanto elemento diferenciador dentro da equipa multidisciplinar.

Foram selecionados utentes cuja complexidade clínica exigia uma avaliação sistemática e detalhada das dimensões motora, sensorial e cognitiva, a partir da qual se concretizava a elaboração de um plano de reabilitação individualizado, fundamentado na avaliação inicial e na evidência científica disponível. Posteriormente, este era discutido com a Enfermeira Tutora, promovendo momentos de reflexão crítica sobre a adequação dos objetivos definidos, das intervenções planeadas e das suas estratégias de implementação, fomentando o raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada.

Com a progressão do estágio, evidenciou-se uma evolução gradual no meu desempenho, traduzida numa maior autonomia, segurança e confiança na avaliação, planeamento e implementação dos planos de reabilitação. Esta evolução positiva sustentou a adaptação das intervenções às necessidades e particularidades de cada utente, favorecendo a utilização racional dos recursos disponíveis e assegurando a continuidade, a coerência e a consistência dos cuidados prestados.

Numa fase inicial do estágio, foi sentida uma maior dificuldade na avaliação da força muscular através da escala MRC, o que condicionava, em alguns momentos, a precisão da sua aplicação. Contudo, tal foi superado através do aperfeiçoamento de competências técnicas e do raciocínio clínico associados à sua utilização, beneficiando das orientações e do acompanhamento próximo da Enfermeira Tutora, permitindo a sua aplicação de forma mais consistente, rigorosa e eficaz, mesmo em situações caracterizadas por menor colaboração por parte dos utentes.

Neste serviço saliento a existência de vários materiais, como o *Bosu*, associada à capacidade inovadora e inventiva dos EEER na definição de estratégias criativas que facilitaram o envolvimento dos utentes durante a prestação de cuidados. A aplicação de técnicas diferenciadas, o uso de objetos do quotidiano (para avaliação da força muscular com recurso à escala MRC, por exemplo), em articulação com a diversidade de estímulos e com o treino orientado para as AVD'S, foi fundamental para captar e manter a atenção dos utentes, favorecendo uma participação ativa no seu processo terapêutico, com impacto positivo na motivação para com o seu processo de reabilitação.

O cuidado do EEER nestes utentes traduziu-se numa abordagem holística e individualizada, na qual a avaliação contínua das suas necessidades sustentou a definição criteriosa das prioridades de atuação.

Em alguns casos, o foco centrou-se na reabilitação motora e sensorial, enquanto noutros a reabilitação cognitiva assumiu um papel central, atendendo à presença de alterações que comprometiam a atenção, a memória ou outras funções superiores. Verificaram-se ainda situações em que a intervenção do EEER incidiu essencialmente na manutenção da funcionalidade e das funções residuais, com o objetivo de preservar a autonomia e a qualidade de vida dos utentes.

A diversidade de casos clínicos existentes proporcionou o acompanhamento de percursos de recuperação distintos, em que o EEER foi um recurso indispensável para garantir uma transição eficaz neste processo e para que se criassem estratégias de *coping* promotoras desta readaptação.

Mantive um acompanhamento de proximidade com um utente submetido a exérese de LOE frontal esquerda, complicada por hemorragia da loca e parênquima subjacente e estado de mal convulsivo, tendo observado uma evolução positiva no seu estado de saúde, traduzida na melhoria contínua dos seus défices motores e cognitivos. A participação no seu plano de reabilitação revelou-se extremamente gratificante, uma vez que o utente se mostrou motivado ao longo de todo o processo de recuperação e os progressos foram evidentes e sustentados no seu quotidiano.

A Enfermeira Tutora mencionava que, em muitos casos, quando o utente não colaborava no seu plano de reabilitação, tornava-se necessário ativar um modo de abordagem mais “automático”, assente na criação de estímulos adequados que favorecessem a sua colaboração e desencadeassem a resposta pretendida. No caso deste utente, esta abordagem revelou-se determinante, uma vez que a utilização de comandos simples, articulados com estímulos visuais e táteis, permitiu melhorar a sua participação e alcançar ganhos funcionais no seu hemisfério parético.

Borella e Sacchelli (2009) comprovam a importância da neuroplasticidade na reabilitação dos utentes do foro neurológico e, por conseguinte, do utente do foro neurocirúrgico, sendo que esta pode ser potenciada pelo treino repetitivo, estruturado e cognitivamente exigente, traduzindo-se em ganhos funcionais duradouros no utente.

Ainda segundo as mesmas autoras, todas as doenças neurológicas devem ter implementados programas de reabilitação que materializem treinos de atividades funcionais, já que estes interferem de forma positiva na neuroplasticidade, estimulando-a.

Da mesma forma Borella e Sacchelli (2009, p.167) narram que “(...) a prática de tarefas ou habilidades específicas, sejam elas novas ou já conhecidas, deve ser sempre o foco principal do programa de tratamento (...), conduzindo assim a melhor recuperação funcional, pois a neuroplasticidade parece ser aprendizado-dependente ou atividade-dependente e não simplesmente uso-dependente”.

Neste sentido, acompanhei um utente com diagnóstico de politrauma sem TCE, submetido a fixação de C3 a C5, laminectomia de C5 a C6 e fixação de D3 a D8. O plano de reabilitação definido para este caso centrou-se, essencialmente, no treino motor e sensitivo. O foco incidiu nos treinos de marcha, de equilíbrio e de estimulação sensitiva, sobretudo ao nível dos membros superiores, com o objetivo de promover uma recuperação funcional progressiva e sustentada.

Noutro caso, prestei cuidados a um utente com diagnóstico de TCE com hematoma epicraniano frontal esquerdo, submetido a laminectomia descompressiva de C3 a C6, com

undermining de C2 e C7, por contusão medular secundária a TVM. Apliquei pela primeira vez a escala ASIA, tendo constatado que esta impunha uma avaliação metódica na sua utilização. Numa fase inicial, o seu preenchimento foi árduo, atendendo à sua especificidade e à minha limitada experiência na sua aplicação, constituindo, contudo, uma oportunidade significativa de aprendizagem e consolidação de competências.

Ao longo do estágio, tornou-se claro que a relação estabelecida entre o EEER e o utente potencia a eficácia do processo de reabilitação. Esta relação, firmada na confiança, na comunicação assertiva e na empatia, permitiu compreender, de forma aprofundada, as necessidades, preferências e limitações individuais, facilitando a adesão e a motivação para o regime terapêutico. O vínculo criado propiciou a definição de planos de reabilitação holísticos e personalizados, ajustados à singularidade de cada situação clínica.

Particpei ainda na reunião semanal da equipa multidisciplinar, com a presença do EEER, do Médico Assistente e da Assistente Social, analisando-se detalhadamente os casos dos utentes internados e definindo-se quais as estratégias mais adequadas para orientar o momento de alta.

Apesar de uma das atividades previstas no PA não ter sido concretizada (como *prestar cuidados ao utente com traqueostomia, na fase de descanulação*), em virtude da inexistência de casos clínicos concretos, considero que esta circunstância não comprometeu a minha evolução formativa, já que o estágio se revelou globalmente rico em experiências clínicas relevantes.

1.2.3. PROCESSO ORTOTRAUMATOLÓGICO E REUMATOLÓGICO

O serviço de Traumatologia distingue-se por apresentar um elevado grau de complexidade, contrastando com o internamento de Ortopedia, onde predominam cirurgias de carácter eletivo. Neste serviço, a maioria dos procedimentos cirúrgicos decorre de eventos traumáticos, maioritariamente quedas em idosos ou acidentes de viação em adultos, configurando uma evolução clínica imprevisível, que requer uma intervenção precoce, individualizada e ajustada às necessidades de cada utente por parte do EEER.

No contexto em análise, que integra utentes com patologia músculo-esquelética de origem traumática associada a dor, limitação funcional e perda de autonomia na realização das AVD'S, torna-se imprescindível uma contribuição de ER holística, personalizada e diferenciada, orientada para a prevenção de complicações, para o treino de AVD'S e para a capacitação do utente e da sua família, promovendo uma recuperação progressiva, segura e sustentada ao longo de todo o seu processo terapêutico.

Com o objetivo de otimizar o meu processo de aprendizagem e potenciar a aquisição de competências, defini, em articulação com a Enfermeira Tutora, que durante a primeira semana

de estágio a acompanharia de forma ativa na prestação de cuidados aos utentes internados, adquirindo uma visão global e integrada da dinâmica e funcionamento do serviço.

Posteriormente, desenvolvi a minha intervenção de forma progressiva e autónoma, mobilizando os conhecimentos e competências adquiridos para garantir uma prestação de cuidados segura, fundamentada e de qualidade. O acompanhamento próximo e o *feedback* contínuo da Enfermeira Tutora foram elementos facilitadores do processo de aprendizagem, contribuindo positivamente para a minha evolução pessoal e profissional.

Ao longo de todo o percurso formativo, mantive uma postura proativa, crítica e reflexiva perante os diferentes casos clínicos, ajustando a minha prestação de cuidados às necessidades, limitações e potencialidades de cada utente, cimentando competências essenciais no âmbito da ER em contexto de Traumatologia.

Neste contexto, as principais dificuldades identificadas, com impacto direto na adequação e eficácia dos cuidados prestados, relacionaram-se, predominantemente, com a presença de dor músculo-esquelética, fator que pode comprometer significativamente a mobilização precoce e a motivação do utente para a adesão ao regime terapêutico. Adicionalmente, a elevada prevalência de síndromes demenciais na população idosa internada, geralmente associadas a comorbilidades e a défices funcionais previamente instalados, foi um desafio acrescido à prática de ER, na medida em que impossibilitou, nalguns casos, a compreensão das orientações fornecidas, a colaboração durante o programa de reabilitação e o cumprimento das precauções de segurança.

Ao longo da prática clínica foi possível constatar que os ganhos funcionais tendiam a ser mais significativos quando o programa de reabilitação era iniciado precocemente. No entanto, importa reconhecer a variabilidade individual na tolerância ao esforço, o que exigiu um ajuste progressivo e individualizado da intensidade e da duração das atividades propostas. Neste sentido, a monitorização contínua da resposta clínica de cada utente foi fundamental, de forma a assegurar a segurança e a adequação das intervenções implementadas, permitindo ajustar o plano de reabilitação de forma individualizada e promover uma recuperação funcional progressiva e sustentada.

O primeiro levante após a intervenção cirúrgica definiu-se como um momento determinante no processo de reabilitação, exigindo do EEER um planeamento rigoroso e articulado com as orientações da equipa médica. Para esse efeito, analisou-se o diário clínico de cada utente, permitindo avaliar a sua evolução clínica e adequar o programa de reabilitação às recomendações médicas relativas ao treino de marcha, à carga permitida sobre o membro intervencionado e ao momento para a realização do levante.

Atendendo ao carácter urgente da maioria das intervenções cirúrgicas neste serviço, não se iniciaram ensinos no período pré-operatório, na generalidade das situações. Todavia, após o procedimento cirúrgico e ao longo de todo o período de internamento, o ensino, a instrução e o treino do utente e do cuidador informal assumiram um papel central, promovendo-se a adesão ao regime terapêutico e a capacitação para o autocuidado, contribuindo para uma transição positiva no processo de saúde-doença, potenciando a autonomia, a segurança do utente e a continuidade dos cuidados após a alta.

Prestei cuidados a utentes com diferentes diagnósticos, designadamente fraturas transtrocantericas, fraturas do colo do fémur e síndrome da cauda equina, em momentos distintos do período pós-operatório e submetidos a procedimentos cirúrgicos diferenciados.

Em função da natureza da lesão e do impacto funcional decorrente do evento traumático, a abordagem do EEER apresentou diferentes particularidades. Em alguns casos, centrou-se, sobretudo, na reabilitação motora e sensorial; noutros, a sua abordagem concentrou-se na estimulação cognitiva. Verificaram-se ainda situações em que a sua atuação foi orientada para a manutenção da funcionalidade e das capacidades residuais, com o objetivo de prevenir o declínio funcional e minimizar o risco de desenvolvimento de complicações.

Ribeiro et al. (2021, p.52) reconhecem que a “vivência das transições (...) é um processo complexo que torna as pessoas mais vulneráveis, e as dificuldades que sentem nesse percurso, agravadas pela mudança, pela diferença e pelos eventos críticos, desafiam os EEER no sentido de as ajudarem a vivenciar esses processos de transição de forma mais saudável possível”.

Recordo o caso de um utente politraumatizado, submetido a amputação transtibial, cuja situação clínica exigiu uma prestação de cuidados no âmbito de ER humanizada, prudente e estruturada. Para além das implicações físicas evidentes, associadas à perda do membro e às limitações funcionais subsequentes, tornou-se igualmente claro o impacto psicológico e emocional decorrente da alteração súbita da sua imagem corporal, da sua autonomia e da perspetiva do seu projeto de vida futuro.

O contributo do EEER incidiu não só na gestão e controlo da dor e na prevenção de complicações, como na promoção da readaptação funcional e emocional face a este evento. Esta concretizou-se através do treino de AVD'S, com particular abordagem nos posicionamentos e nas transferências, do treino de equilíbrio e de marcha, bem como da preparação gradual do coto de amputação, com vista a uma eventual adaptação protésica.

Embora o utente se tenha mostrado motivado para com o seu processo de recuperação, tornou-se essencial assegurar um apoio emocional contínuo, sustentado na escuta ativa e no incentivo à participação ativa no seu processo de reabilitação. Estas estratégias foram uma mais-

valia para potenciar a aceitação da sua nova condição, reforçar a autoestima, promover a reconstrução da autonomia e fortalecer o sentido de controlo sobre a sua própria vida, após um evento disruptivo como este.

A ligação criada entre o EEER, o utente e a sua família assumiram um papel decisivo na adesão ao regime terapêutico e na manutenção da motivação ao longo do processo de reabilitação. A empatia e a escuta ativa compuseram-se pilares fundamentais da relação terapêutica, beneficiando a criação de um ambiente de confiança no qual o utente, o cuidador informal e a família desempenharam um papel ativo, permitindo o planeamento de estratégias individualizadas, realistas e ajustadas ao contexto específico de cada situação.

A disponibilidade do EEER para exemplificar e demonstrar procedimentos, bem como para esclarecer dúvidas e orientar a participação da família nos cuidados, favoreceu o envolvimento efetivo dos familiares e dos cuidadores informais.

Assim, o EEER assumiu a responsabilidade pelo desenvolvimento de uma abordagem holística e personalizada dirigida a cada utente e à sua família, em estreita articulação com a equipa multidisciplinar. Neste âmbito, enfatiza-se a parceria estabelecida entre o enfermeiro de cuidados gerais e o EEER, enquanto elemento basilar para a promoção da funcionalidade, da segurança e da qualidade de vida dos utentes.

Lourenço et al. (2021, p.326) afirmam que o cuidado do EEER vai para além do domínio da funcionalidade, sendo o seu contributo significativo “no desenvolvimento da capacidade das pessoas para integrarem de forma fluída o processo de reabilitação no seu dia-a-dia. Como resultado deste contributo, emerge nas pessoas o desenvolvimento da mestria e a perceção de autoeficácia”.

Neste sentido, reconhece-se que a capacitação do utente e da família, aliada a uma atuação articulada com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, representa um elemento essencial para a promoção da autonomia e para a integração eficaz do processo de reabilitação no quotidiano.

Salienta-se, igualmente, a articulação desenvolvida entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, enfatizando o Serviço Social e a Nutrição, a qual facilitou uma abordagem multidimensional, contribuindo para a otimização dos cuidados prestados e para a promoção do bem-estar físico, emocional e social dos utentes.

Face à presença de uma utente com síndrome da cauda equina no serviço, foi identificada como necessidade de formação em serviço o tema das “Bexigas Neurogénicas”, tendo como finalidade aprofundar os conhecimentos relativos aos diferentes padrões de

disfunção vesical, otimizar as intervenções de enfermagem, prevenir potenciais complicações e promover a autonomia do utente na gestão da sua eliminação urinária.

Neste sentido, foi elaborada uma apresentação dedicada à temática, complementada com um vídeo demonstrativo sobre a correta utilização do *bladder scanner*. Adicionalmente, foi desenvolvida uma tabela para o registo sistemático dos volumes ingeridos e eliminados.

1.2.4. EM CONTEXTO COMUNITÁRIO – UCC, ECCI

A reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo deste último estágio, assinalando a conclusão do percurso formativo no âmbito do mestrado de ER, inscreve-se num período estruturante de integração e consolidação de conhecimentos e habilidades, convergindo, simultaneamente, para a construção progressiva da minha identidade profissional enquanto futura EEER.

O primeiro estágio deste percurso formativo, centrado na prestação de cuidados à pessoa com patologia cardiorrespiratória, tinha sido previamente realizado neste contexto clínico, circunstância que proporcionou uma continuidade formativa relevante.

Assim, o regresso à equipa adquiriu um significado particular, na medida em que existiu uma evolução pessoal e profissional sustentada, refletida no desenvolvimento do raciocínio clínico, da autonomia na tomada de decisão, no aperfeiçoamento da capacidade de planeamento, implementação e avaliação dos planos de reabilitação, bem como numa maior segurança na execução das diferentes técnicas de ER.

Deste modo, este estágio compreendeu uma oportunidade privilegiada para mobilizar, de forma global, as diferentes dimensões da ER, contemplando as componentes motora, sensorial e cognitiva, bem como a educação para a saúde, a capacitação do utente e do cuidador informal e a adaptação do ambiente domiciliário, consolidando uma prática orientada para a promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida dos utentes em situação de doença crónica em contexto domiciliário.

Tal como referem Oliveira et al. (2021, p.667) os cuidados na comunidade representam “(...) um dos contextos privilegiados para a intervenção do EEER, pois alicerçam, no contexto domiciliar e comunitário, todo o processo de tomada de decisão inerente à planificação e implementação de cuidados de reabilitação”.

Contrariamente ao meio hospitalar, caracterizado pela presença médica constante e pela disponibilidade imediata de recursos técnicos e humanos diferenciados, a intervenção desenvolvida pela ECCI decorre num contexto marcado por grande complexidade clínica e imprevisibilidade. Neste meio, a prestação de cuidados assenta numa lógica de proximidade,

continuidade e vigilância clínica permanentes, exigindo da equipa grande capacidade de observação, juízo crítico e tomada de decisão autónoma na gestão de situações clínicas potencialmente instáveis.

A monitorização dos utentes no domicílio requereu a identificação precoce de alterações do estado de saúde, sobretudo em situações de agudização, suscetíveis de comprometer a sua estabilidade clínica e condicionar a eficácia do plano de reabilitação previamente delineado.

Apesar da existência de visitas médicas programadas, é a equipa que assegura o contacto regular com o utente e a sua família, o que permite antecipar necessidades, identificar atempadamente sinais de alarme e sustentar a tomada de decisão com base no juízo clínico.

Desta forma, a realização deste estágio teve particular importância no meu percurso formativo, em grande parte pela diversidade de situações clínicas com as quais contactei, que em muito diferem do ambiente hospitalar onde desempenho funções.

Por sua vez, a disponibilidade demonstrada pela equipa e pela Enfermeira Tutora, traduzida no acolhimento proporcionado e na partilha de experiências diversificadas, foi um contributo determinante para o desenrolar deste período formativo, favorecendo o desenvolvimento progressivo de competências especializadas, às quais correspondi com interesse, motivação e participação ativa nas dinâmicas da equipa.

Ao longo deste período acompanhei o percurso dos utentes na ECCI, desde o momento da sua admissão, passando pela implementação do plano de reabilitação, pela continuidade de cuidados até ao momento da alta, contactando com situações clínicas diversificadas, como miopatias de desuso, utentes com patologia cardiorrespiratória, neurológica e neurodegenerativa, bem como situações de natureza ortopédica ou em fase paliativa de doença crónica, exigindo capacidade de adaptação e de mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do ano letivo anterior.

O funcionamento da ECCI assenta num planeamento semanal estruturado, o qual pressupõe uma gestão cuidadosa, flexível e ajustada da organização do trabalho, de modo a responder aos imprevistos e otimizar o tempo e os recursos disponíveis, estabelecer prioridades em função da complexidade das situações clínicas e garantir a continuidade dos cuidados, tornando evidente a importância do trabalho em equipa e de uma coordenação eficaz para uma prestação de cuidados seguros, adequados e de qualidade.

Neste sentido, a articulação com a equipa multidisciplinar foi fulcral, nomeadamente com a assistente social, a nutricionista, a terapeuta ocupacional e a terapeuta da fala, de forma a assegurar uma intervenção ajustada e complementar, promotora da elaboração de um plano

de cuidados holístico, individualizado e ajustado às necessidades específicas de cada utente e da sua família.

A observação da prática permitiu reconhecer a complexidade clínica dos utentes acompanhados, maioritariamente idosos, com patologias crónicas associadas a quadros neurológicos e orto traumatológicos relevantes, com repercussões significativas na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida. Em grande parte das situações, os utentes foram referenciados para intervenções no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória e da Reabilitação Motora, evidenciando necessidades ao nível do tratamento de feridas complexas e de úlceras por pressão, assim como da capacitação do cuidador informal.

Perante esta realidade, a intervenção do EEER foi fundamental pois, para além da prestação de cuidados especializados ao utente e à sua família, integrou também a prescrição de produtos de apoio e a orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas, bem como para a reorganização do espaço domiciliário, promovendo a adoção de estratégias adaptativas ajustadas às necessidades conhecidas.

Deste modo, os cuidados prestados pelo EEER evidenciam uma natureza simultaneamente funcional, preventiva e adaptativa, focada não só para a recuperação, sempre que possível, mas também para a manutenção das capacidades remanescentes e para a prevenção do declínio funcional nas situações de maior dependência. A complexidade das situações clínicas acompanhadas reforçaram a necessidade de uma prática flexível, individualizada e contextualizada, sustentada na avaliação contínua e na construção partilhada de planos de intervenção viáveis, centrados no utente e na sua família.

Entre as situações acompanhadas, destaca-se o caso de um utente com diagnóstico de doença de Alzheimer, integrado no programa de reabilitação motora, cujo potencial de recuperação funcional se apresentava limitado. Apesar de manter capacidade motora preservada para a realização das AVD'S, apresentava comprometimento cognitivo significativo, marcado por flutuações do estado de consciência, ao nível da orientação, da atenção e da colaboração, o que condicionava a consistência e a eficácia da implementação do plano de reabilitação.

Perante este quadro clínico, a intervenção da equipa centrou-se na reabilitação cognitiva e na manutenção das capacidades remanescentes, sem descurar a componente motora, ajustada ao estado clínico do utente em cada visita domiciliária. Contudo, esta intervenção nem sempre pôde ser concretizada de forma plena, atendendo aos períodos de menor colaboração do utente, o que exigiu uma permanente redefinição das estratégias de intervenção da equipa.

Por outro lado, realçava-se o papel da esposa, enquanto cuidadora principal, a qual se mostrava hesitante na aceitação da progressão da doença, manifestando atitudes de negação face ao estado de saúde do marido. Esta realidade exigiu da equipa uma intervenção delicada, estabelecida através da comunicação terapêutica, no ajuste progressivo de expectativas e no apoio emocional, com vista a promover uma maior consciencialização da condição clínica do utente e facilitar a adaptação às necessidades emergentes na prestação de cuidados, no que respeita à evolução da doença, incluindo a necessidade de adaptação do ambiente domiciliário, pela remoção de barreiras arquitetónicas e pela reorganização do espaço envolvente.

Noutra perspetiva, os utentes integrados no projeto de ortopedia apresentavam características distintas, marcadas por dependência funcional temporária, associada ao período pós-operatório e ao processo de recuperação subsequente. A intervenção do EEER orientou-se para a reabilitação precoce, para a prevenção de complicações decorrentes da imobilidade e para a recuperação progressiva da autonomia existente.

Nestes casos, os objetivos terapêuticos apresentavam-se delimitados temporalmente e direcionados para a recuperação funcional, incidindo na melhoria da força muscular, do equilíbrio, da amplitude de movimento e independência nas AVD'S, através do ensino, instrução e treino de exercícios músculo-articulares, treino de marcha com dispositivo auxiliar e treino de AVD'S.

No decurso do estágio, acompanhei um utente submetido a PTJ, com antecedentes de cirurgia ortopédica prévia, desde o período pós-operatório tardio até à alta. Numa fase inicial, a experiência prévia do utente condicionou a sua receptividade às orientações da equipa, uma vez que considerava possuir os conhecimentos necessários para conduzir o seu processo de recuperação. Todavia, foi perçecionado pela equipa que a adesão ao regime terapêutico pelo utente se encontrava comprometida, visível pelo incumprimento da analgesia prescrita, pela não aplicação de crioterapia, pela realização insuficiente dos exercícios propostos e pelas alterações posturais evidentes durante a deambulação com auxílio de canadianas.

Face a esta situação, a intervenção da equipa não se restringiu apenas à instrução técnica, integrando estratégias de educação para a saúde, direcionadas para a consciencialização do utente quanto à importância do seu envolvimento ativo no processo de reabilitação, enquanto fator determinante para a prevenção de complicações e para a obtenção de ganhos funcionais.

Noutros casos, a intervenção da ECCI desenvolveu-se em situações de doença avançada e de evolução progressiva, assumindo uma abordagem de natureza paliativa, orientada para a promoção do conforto, a prevenção de complicações e a preservação da dignidade e da

qualidade de vida do utente, prestando apoio emocional à família. Esta realidade encontra-se alinhada com o descrito por Babo e Alves (2021, p.332), em que os cuidados paliativos são indissociáveis da ER, já que “(...) os cuidados paliativos vão de encontro às necessidades e ao sofrimento da pessoa portadora de doença grave e à sua progressão; os cuidados de enfermagem de reabilitação pretendem potenciar as atividades que a pessoa adulta e idosa consegue efetuar”.

Constatou-se igualmente que a referenciação de alguns utentes para a ECCL nem sempre se manifestou plenamente alinhada com o seu potencial efetivo de reabilitação, uma vez que muitos apresentavam níveis elevados de fragilidade, multimorbilidade ou doença com evolução progressiva, nos quais a possibilidade de recuperação funcional se revelava inexistente.

A avaliação inicial e a monitorização da evolução funcional dos utentes foram sustentadas na aplicação sistemática de instrumentos de avaliação validados, designadamente o Índice de Barthel, a Escala de Tinetti e a escala MRC. Os resultados obtidos foram posteriormente registados no sistema informático *SClínico*, onde procedi à elaboração dos registos de Enfermagem, assegurando a monitorização contínua da evolução clínica e funcional dos utentes acompanhados.

Ao longo do estágio, prestei cuidados nos diferentes domínios da ER, integrando as dimensões motora, funcional, cardiorrespiratória e cognitiva, em resposta às necessidades específicas de cada utente.

Relativamente à vertente cardiorrespiratória, a prestação de cuidados teve como foco a promoção de exercícios de controlo ventilatório e de reeducação funcional respiratória, a limpeza das vias aéreas e a melhoria da tolerância ao esforço. Para tal, foram implementadas técnicas de conservação de energia e integrados exercícios respiratórios nas AVD’S com a intenção de otimizar a capacidade funcional, reduzir a sensação de dispneia e prevenir complicações associadas à imobilidade e à doença crónica.

Foram desenvolvidos programas de reabilitação motora que incluíram exercícios de fortalecimento muscular, mobilização articular, treino de equilíbrio e de destreza motora, bem como treino de AVD’S.

A experiência desenvolvida permitiu reconhecer a relevância da estimulação cognitiva enquanto dimensão indissociável da reabilitação motora, com particular enfoque nos utentes com défices neurológicos ou alterações cognitivas associadas ao envelhecimento e à doença crónica. A integração de atividades promotoras da atenção, da memória e da orientação, aliada à participação ativa do utente, contribuíram para a preservação das capacidades cognitivas e para o reforço do seu envolvimento no seu percurso de reabilitação.

Em contexto comunitário, a relação terapêutica estabelecida entre o EEER, o utente e a família destacaram-se como elemento central no desenvolvimento do plano de cuidados de ER. A prestação de cuidados no domicílio proporcionou um contacto direto com o contexto de vida da pessoa, facilitando uma compreensão mais profunda da sua realidade e dinâmicas familiares, identificando necessidades, dificuldades e os recursos disponíveis, facilitando o envolvimento da família e a adesão às intervenções propostas, com impacto na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

A proximidade estabelecida nesta tríade reconheceu o papel da ECCEI como um recurso de referência e de suporte contínuos, assumindo um papel facilitador na articulação entre as necessidades do utente, família e os diferentes recursos disponíveis na comunidade.

O cuidador informal desempenhou, em muitas situações, o papel de parceiro ativo no processo de cuidados, garantindo a sua continuidade. A sua capacitação, através da educação para a saúde, do ensino e treino de técnicas relacionadas com as AVD'S e o acompanhamento próximo, foram essenciais para garantir a segurança e a eficácia das estratégias implementadas, contribuindo para a consolidação do domicílio enquanto espaço terapêutico primordial.

Na maior parte dos casos acompanhados, os cuidadores informais eram igualmente idosos, apresentando limitações próprias e múltiplas comorbilidades, prestando cuidados integrais aos seus familiares em situação de dependência elevada.

Um exemplo significativo ocorreu no acompanhamento de um utente com sequelas de AVC, admitido para reabilitação respiratória, cuja cuidadora tinha sofrido recentemente uma queda da própria altura, com TCE. A situação tornava-se preocupante, uma vez que ambos viviam sozinhos, encontrando-se a cuidadora medicada com hipocoagulação oral.

Apesar desta situação de fragilidade, esta manifestava resistência à contratação de apoio formal, mantendo-se sobrecarregada e relutante em delegar a prestação de cuidados. Perante esta situação, o EEER assumiu um papel de mediador entre o utente, a cuidadora e os restantes elementos da família, promovendo o diálogo e fundamentando a necessidade de reforço de apoio, tendo em consideração os riscos identificados. Através de esclarecimento e negociação graduais, foi possível contratualizar apoio externo, viabilizando a mobilização de ajuda formal no domicílio e contribuindo para a salvaguarda de ambos.

Ao longo deste percurso, suportei a minha prática profissional pelos princípios éticos e deontológicos que norteiam o exercício profissional.

No contexto domiciliário, onde a prestação de cuidados se desenvolve na esfera privada do utente, foi imprescindível salvaguardar a confidencialidade da informação, garantir a obtenção do consentimento informado e promover momentos de decisão partilhada. Assim,

relevo a minha participação numa formação em serviço subordinada ao tema “*Consentimento Informado na Comunidade*”, a qual permitiu aprofundar a compreensão das especificidades associadas à sua operacionalização neste meio, enquanto dimensão fundamental para a salvaguarda da autonomia e autodeterminação do utente.

Enquanto futura EEER, reconheço a responsabilidade em promover um consentimento verdadeiramente livre e esclarecido, assegurando que o utente dispõe de informação adequada e compreensível, que lhe permita participar, de forma informada, nas decisões relativas ao seu processo de saúde.

Em síntese deste subcapítulo, considero que os diferentes contextos de estágio vivenciados ao longo deste percurso formativo se edificaram como experiências únicas na construção da minha identidade profissional enquanto futura EEER.

No decurso deste processo de aprendizagem, compreendi que, numa fase inicial, a minha atenção se focava, essencialmente, na correta execução das técnicas de ER. Contudo, à medida que fui evoluindo, ao nível da mobilização de conhecimentos, da destreza e da capacidade de execução técnica, a minha abordagem passou a orientar-se para a prestação de cuidados holísticos, humanizados e com qualidade, reconhecendo que a implementação dos programas de reabilitação adaptados às particularidades de cada pessoa se traduzem em ganhos evidentes na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida dos utentes e das suas famílias.

**2. ANÁLISE REFLEXIVA DOS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL II
PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA E DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER**

O desenvolvimento das competências comuns e específicas enquanto Enfermeira Especialista, futura EEER, concretizou-se através de um processo gradual, marcado pela integração consciente do saber-teórico, do saber-fazer e do saber-ser, traduzindo uma evolução significativa na forma de pensar, decidir e agir em Enfermagem.

Tal refletiu-se numa prática reflexiva e orientada para a qualidade e humanização dos cuidados, na qual as competências comuns potenciam a intervenção especializada e as competências específicas do EEER materializam o seu contributo diferenciado na promoção da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida do utente e da sua família.

Neste enquadramento, o Regulamento n.º140/2019 (p.4744), relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define-o como o profissional “(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade”, sublinhando que a sua abordagem envolve “(...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista ***“Desenvolve uma prática profissional, ética e legal (...), agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*** (OE, 2019, p.4745).

Ao longo deste percurso formativo e nos diferentes contextos da prática clínica, foi possível constatar que os princípios éticos e deontológicos que regem o exercício profissional se assumiram como referenciais estruturantes da intervenção em enfermagem, orientando de forma consistente a tomada de decisão clínica.

A prática desenvolvida assentou na reflexão crítica contínua, sustentada na discussão em equipa multidisciplinar, tendo por base a avaliação das melhores práticas, preferências, valores e expectativas do utente, a fim de garantir uma prática de cuidados holística, humanizada e de excelência, onde os princípios da autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência foram salvaguardados.

Pude participar ativamente na tomada de decisão relativa à implementação, monitorização e reestruturação dos planos de reabilitação dos utentes sob minha responsabilidade, contribuindo para adequação dos cuidados.

A prestação de cuidados orientada para o utente e a sua família exigiu uma atenção particular às questões da confidencialidade e da autodeterminação, principalmente em contexto domiciliário/comunitário, onde a fronteira entre o espaço pessoal e o espaço

terapêutico se apresenta mais ténue. Nesta perspetiva, foi-se ajustando a intervenção às dinâmicas familiares, às rotinas quotidianas e às crenças, costumes e valores individuais, sem comprometer a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Este período favoreceu a interiorização de uma prática profissional mais consciente, reflexiva e fundamentada, reforçando o papel do EEER como garante da dignidade da pessoa ao longo do processo de saúde-doença, em todo o seu ciclo vital.

Saliento, num caso específico, a prestação de cuidados a um utente em situação paliativa, com doença avançada e sem perspetiva de cura, na qual os objetivos da prestação de cuidados especializados assentaram na promoção da dignidade, do conforto e da qualidade de vida. Nesta lógica, a reabilitação deixou de estar dirigida para a recuperação funcional, norteador-se para a manutenção das capacidades residuais, prevenção de complicações e no alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o Especialista ***“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro”*** (OE, 2019, p.4745).

Os locais de estágio configuraram-se como espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências associadas à avaliação sistemática da prática clínica e à utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. A aplicação de instrumentos de avaliação validados, o registo de informação clínica no programa eletrónico *Sclínico*, a monitorização dos resultados e a reformulação dos planos de cuidados de reabilitação, em função da evolução clínica e preferência dos utentes a meu cuidado, evidenciaram uma prática orientada para a qualidade e segurança, reforçando a necessidade da avaliação contínua como um elemento estruturante da tomada de decisão e da obtenção de ganhos em saúde.

Neste sentido, o meu desempenho pautou-se por assumir um papel proativo na incorporação de práticas de qualidade, através do cumprimento de protocolos/normas institucionais e recomendações clínicas, sustentadas na melhor evidência científica, contribuindo para a uniformização dos procedimentos instituídos.

A participação em momentos de debate em equipa multidisciplinar possibilitou uma análise crítica sobre as intervenções implementadas, favorecendo a identificação de oportunidades de melhoria.

As equipas fomentaram a criação de um ambiente terapêutico seguro, propício à prestação de cuidados de qualidade. Através do *feedback* contínuo da equipa e da reflexão sistemática

sobre as intervenções implementadas, foi possível adequar técnicas, consolidar competências e aperfeiçoar a destreza na sua aplicação.

Este processo contribuiu não só para o aperfeiçoamento técnico, como também para o desenvolvimento da capacidade crítica na tomada de decisão clínica, reconhecendo a importância da supervisão de pares enquanto estratégia potenciadora da aprendizagem.

No que diz respeito ao domínio da gestão de cuidados, definido como a capacidade de “(...) **[Gerir] os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; [Adaptar] a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**” (OE, 2019, p.4745), interessa salientar a sua interligação com o domínio anterior, da melhoria contínua da qualidade.

Na minha perspetiva, a gestão de cuidados reflete uma dimensão indissociável da qualidade assistencial, na medida em que a organização e a adequação dos recursos humanos e materiais, a gestão de cuidados e a articulação multidisciplinar influenciam diretamente os resultados em saúde e a segurança do utente.

Ao longo deste percurso, contactei com contextos favoráveis à prática de cuidados especializada, nos quais o trabalho em equipa multidisciplinar incitou à priorização de intervenções e à adequação dos recursos face às necessidades encontradas. O EEER evidenciou-se como elemento facilitador da continuidade e da qualidade dos cuidados, promovendo a comunicação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde.

As equipas demonstraram uma abordagem centrada na pessoa, personalizando os cuidados em função das particularidades de cada utente e respetiva família, com o propósito de promover a adesão ao plano de reabilitação, potenciar a motivação para a sua concretização e favorecer a obtenção de ganhos em saúde. Neste seguimento, pude participar no processo de referenciação de utentes para a RNCCI, compreendendo os circuitos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Enfatizo ainda a flexibilidade e a capacidade de inovação demonstradas pelas equipas na prestação de cuidados face à limitação, por vezes existente, de recursos materiais e humanos.

A gestão de situações clínicas complexas, associadas à presença de comorbilidades, exigiu a necessidade de manter uma visão holística do utente e da sua família, implicando a coordenação de cuidados tanto em contexto institucional como comunitário.

Enquanto profissional, o confronto com situações inesperadas em contextos clínicos distintos exigiu resiliência, flexibilidade e o desenvolvimento de uma maior autonomia e confiança na gestão de situações clínicas complexas, antecipando necessidades e reestruturando intervenções de forma sustentada.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista ***“(...) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica”*** (OE, 2019, p.4745).

O percurso de estágio constituiu um espaço único de crescimento pessoal e profissional, permitindo aprofundar a perceção das minhas competências, capacidades e necessidades de desenvolvimento profissional.

A interação com equipas multidisciplinares e a participação em momentos de discussão clínica contribuíram para o desenvolvimento da assertividade na comunicação e na tomada de decisão. Esta competência foi extremamente importante na negociação de objetivos terapêuticos, no reforço da adesão ao regime terapêutico e na capacitação do utente e da família, incluindo o envolvimento dos cuidadores informais nos programas de reabilitação.

Por outro lado, a transmissão de informação sensível, nomeadamente na comunicação de más notícias ou de alterações relevantes no estado clínico, exigiu empatia, escuta ativa, cuidado, gestão de emoções/expectativas e clareza na transmissão da informação. O confronto com estas situações favoreceu o autoconhecimento e a regulação emocional, contribuindo para uma atuação mais segura, consciente e humanizada.

Mantive uma atitude de interesse e motivação perante os casos clínicos acompanhados, procurando compreender, de forma aprofundada, as suas especificidades e implicações para a prática de cuidados.

A fundamentação da prática clínica na evidência científica constituiu igualmente um marco estruturante deste percurso formativo. A consulta sistemática de literatura científica, a análise de recomendações atualizadas e a integração de referenciais teóricos na prática de cuidados, permitiram fundamentar as intervenções implementadas e ajustar estratégias de intervenção.

A participação em ações de formação em serviço, bem como nos seminários dinamizados pela Escola, contribuíram de forma significativa não só para o aprofundamento e consolidação de conhecimentos nesta área, mas também para a incorporação de boas práticas em ER.

Após a análise reflexiva das competências comuns do Enfermeiro Especialista, torna-se pertinente aprofundar o desenvolvimento das competências específicas do EEER, enquanto dimensão central da prática diferenciada nesta área.

No que concerne à definição da atuação do EEER, é de salientar que esta se direciona para “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE,2019, p.13565).

No que diz respeito à competência ***“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”***, o EEER avalia ***“alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (...), concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas (...) implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções (...) [e] avalia os resultados das intervenções”*** (OE,2019, p. 13567).

Nos diferentes contextos deste período formativo, tive oportunidade de contactar com um número significativo de utentes com patologias distintas, ainda que partilhassem características comuns. A maioria apresentava-se previamente autónoma, sem défices motores ou cognitivos conhecidos, sendo o evento de saúde responsável por uma alteração súbita no seu estado funcional e rotinas de vida, originando limitações na execução das AVD’S e a necessidade de adaptação a novas condições de dependência, quer temporárias quer permanentes.

Neste enquadramento, a minha prática de cuidados fundamentou-se em referenciais teóricos de enfermagem que sustentaram a implementação de intervenções diferenciadas, permitindo-me compreender os processos de transição e adaptação associados ao processo saúde-doença.

Ribeiro et al. (2021, p.49) reconhecem no papel do EEER a capacidade de “(...) facilitação dos processos e das experiências humanas de transição, na satisfação das necessidades de autocuidado e nas capacidades de adaptação das pessoas, com vista à promoção da saúde, à estabilidade, à homeostasia e à qualidade de vida”.

Neste âmbito, a Teoria das Transições desenvolvida por Meleis permite que os enfermeiros identifiquem “(...) os problemas e as necessidades das pessoas (...) [planeiem e executem] terapêuticas de enfermagem (...) direcionadas para a facilitação das transições”, tendo como objetivo a recuperação da estabilidade e bem-estar (Ribeiro et al., 2021, p.50).

Desta forma, independentemente da transição vivenciada, o EEER deve atentar à forma como o utente e família percebem e se adaptam à sua condição de saúde, analisando os padrões de resposta que emergem ao longo deste processo, a fim de adequar as intervenções de enfermagem às necessidades identificadas, contribuindo para a maximização da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021).

Por outro lado, a Teoria do Déficit do Autocuidado proposta por Orem reforça o papel do enfermeiro na identificação de limitações na capacidade de satisfazer as necessidades de autocuidado, orientando a implementação de estratégias que promovam o desenvolvimento ou a recuperação dessa capacidade (Ribeiro et al., 2021).

Para os mesmos autores (2021, p.53) este referencial apresenta potencial para sustentar a prática do EEER, “(...) dando particular destaque à pessoa, na medida em que, face às possíveis limitações, a considera capaz de aprender novas formas de concretizar o autocuidado”, visando a promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e do bem-estar.

Assim, a articulação entre estes referenciais teóricos permitiu compreender a intervenção do EEER como um processo dinâmico, orientado para a facilitação das transições vivenciadas pela pessoa no contexto do percurso saúde-doença, bem como na promoção da autonomia e da independência funcional.

Ao longo do meu percurso de estágio, integrei estes referenciais na minha prática clínica, orientando a minha prestação de cuidados para a adaptação do utente e da família à sua nova condição de saúde, capacitando a pessoa para o desenvolvimento de competências e habilidades que favorecessem a manutenção ou recuperação da funcionalidade e da independência na realização de AVD’S, procurando minimizar o impacto da sua situação de saúde, resignificando as suas vivências.

Deste modo, a minha prestação de cuidados orientou-se para a identificação precoce de alterações funcionais, gestão de prioridades e implementação de estratégias individualizadas, ajustadas à condição clínica e ao contexto de vida do utente e da sua família.

A avaliação sistemática da funcionalidade permitiu conceber planos de cuidados personalizados, centrados nos problemas reais dos utentes, direcionados para a promoção da autonomia e a prevenção de complicações, com recurso à aplicação de instrumentos de avaliação específicos, como as escalas ASIA, MRC, Índice de Tinetti, Índice de Barthel, por exemplo. A implementação das intervenções delineadas contribuiu para a otimização das funções residuais e para a facilitação dos processos adaptativos à sua nova condição de saúde.

A monitorização contínua dos resultados alcançados assegurou a adequação das estratégias terapêuticas e a reformulação dos planos de reabilitação, garantindo uma atuação dinâmica e orientada para ganhos em saúde, com vista à reeducação funcional, autonomia e qualidade de vida.

Durante este período, a intervenção desenvolvida não se restringiu às dimensões neurológica ou orto traumatológica, reconhecendo-se que o cuidado em ER assenta numa perspetiva holística e integrada do utente e da sua família. A prestação de cuidados contemplou simultaneamente as dimensões motoras, sensorial e cognitiva, bem como aspetos relacionados com a alimentação, a eliminação vesical e intestinal, a sexualidade e treino de AVD’S. Para além disso, integrou as expectativas do utente, envolveu o cuidador informal, atendendo às suas

dúvidas, dificuldades e sinais de possível sobrecarga e considerou o ambiente onde decorrem as intervenções de ER.

Neste processo, a prescrição de produtos de apoio, fundamentada nas necessidades previamente diagnosticadas, foi determinante para a promoção da adesão ao regime terapêutico, bem como para o reforço da segurança e autonomia do utente no desempenho das AVD's.

A relação terapêutica estabelecida entre o EEER, utente e o cuidador informal assumiu um papel determinante na adesão ao plano de reabilitação. A construção de um vínculo sustentado na confiança, na escuta ativa e na valorização das expectativas e objetivos individuais favoreceu o envolvimento ativo no processo terapêutico, reforçando a motivação e a corresponsabilização pelas intervenções implementadas.

No âmbito da competência **“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, o EEER “Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (...) promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”** (OE, 2019, p.13567).

Ao longo dos diferentes contextos da prática de cuidados, foi evidente o envolvimento do EEER na capacitação do utente e do cuidador informal, com enfoque na promoção da autonomia e, conseqüentemente, na inclusão e participação social. Para tal, foram mobilizadas estratégias que compreenderam o ensino, instrução e treino progressivo de AVD'S, treinos de marcha e de equilíbrio, a incorporação de técnicas de conservação de energia, a gestão do regime terapêutico e a utilização adequada dos produtos de apoio, mesmo perante situações de maior dependência ou vulnerabilidade social.

Considerando o cuidador informal como um parceiro ativo na prestação de cuidados, a sua capacitação refletiu uma dimensão central na eficácia da implementação do plano de reabilitação. O esclarecimento de dúvidas, a partilha de estratégias para a resolução de problemas no quotidiano e a proximidade estabelecida com o EEER, contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e preveniram possíveis situações de sobrecarga.

Em contexto hospitalar, a prestação de cuidados do EEER privilegiou a reabilitação precoce e a preparação do regresso ao domicílio, destacando-se o desenvolvimento de programas de reabilitação ajustados às necessidades e potencialidades do utente, enquanto elemento estruturante para a continuidade de cuidados. Neste percurso, o envolvimento do cuidador informal facilitou uma transição segura, eficaz e sustentada para o domicílio.

No contexto comunitário, a atuação do EEER assumiu particular relevância na readaptação do utente ao seu meio envolvente e na sua participação social. A avaliação do meio habitacional facilitou a identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas, a necessidade de adaptação do meio e a utilização adequada de produtos de apoio.

O treino de AVD'S, bem como das técnicas de mobilização, posicionamento e transferências seguras, contribuiu para a reintegração do utente nas suas rotinas sociais prévias, reforçando a sua autonomia e autoconfiança, enquanto se recrutavam funções cognitivas como a atenção, a compreensão e a capacidade de execução de tarefas, fundamentais para a readaptação funcional.

Simultaneamente, a compreensão aprofundada do contexto de vida do utente auxiliou na identificação de necessidades de natureza social e na relevância da articulação com recursos da comunidade, certificando a continuidade do processo de reabilitação e a adoção de práticas inclusivas que fortalecessem o exercício da cidadania, posicionando o EEER como facilitador da integração social e agente de mudança.

Na competência ***“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” o EEER “concebe, implementa (...), avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório, em função dos resultados esperados”*** (OE,2019, p.13568).

A mobilização desta competência revelou-se transversal aos diferentes contextos de prática, evidenciando-se na adequação contínua dos programas de reabilitação às necessidades identificadas e na evolução da resposta do utente ao desenvolvimento das intervenções planeadas.

Com a evolução do meu percurso formativo, considero que fui gradualmente adquirindo maior destreza na aplicação das técnicas de reabilitação, sentindo-me progressivamente mais segura e confiante na sua execução.

Para além de mobilizar conhecimentos sustentados na melhor evidência científica relativamente às funções cardíaca, respiratória e motora, integrei os ensinamentos proporcionados pelos Enfermeiros Tutores, cuja experiência decorrente da prática clínica foi crucial para o desenvolvimento das minhas competências e habilidades, que em muito beneficiarão a minha prática futura.

No decurso da prática, procedi à aplicação de técnicas especializadas de reabilitação, designadamente reeducação funcional respiratória e motora, treino de resistência e de força, bem como técnicas de conservação de energia, articuladas com a monitorização contínua da tolerância ao esforço. A adaptação destas intervenções à condição clínica e funcional dos utentes evidenciou um impacto positivo na sua capacidade funcional, no seu bem-estar global,

na autoestima e na percepção de autoeficácia, assumindo igualmente um papel relevante na motivação e no acompanhamento contínuo e individualizado ao longo do processo terapêutico.

A prática clínica consolidou a noção de que a reabilitação motora e respiratória é indissociável das dimensões sensorial e cognitiva, na medida em que a capacidade de processar informação sensorial, compreender as instruções terapêuticas, manter a atenção e mobilizar a memória e outras funções executivas impactam, de forma direta, o desempenho, a adesão e a segurança do utente durante a concretização do programa de reabilitação.

O percurso desenvolvido permitiu aprofundar competências na conceção, implementação e avaliação de programas de reabilitação adaptados aos diferentes contextos de prática, bem como no domínio da avaliação funcional, na prescrição de exercício físico e na aplicação de técnicas especializadas.

Identifiquei limitações e reestruturei os programas de treino mediante as necessidades reais dos utentes, contribuindo para a prevenção de complicações associadas à imobilidade e ao descondicionamento físico, garantindo a segurança e eficácia dos mesmos.

Em contexto hospitalar, esta intervenção assumiu particular interesse na fase aguda e subaguda do processo de recuperação do utente, promovendo a manutenção da funcionalidade e das funções residuais. A adaptação contínua do plano de reabilitação, em função da evolução clínica dos utentes e dos resultados obtidos, evidenciou a natureza dinâmica desta competência, exigindo raciocínio clínico e tomada de decisão fundamentada.

No contexto comunitário, a maximização da funcionalidade orientou-se para a continuidade e progressão dos programas de reabilitação, privilegiando a adaptação das estratégias terapêuticas ao meio onde o utente se insere, favorecendo a adesão ao regime terapêutico e a consolidação dos ganhos obtidos.

Desta forma, a prática especializada exige uma abordagem que vá para além das limitações do utente, direcionando a sua intervenção para a identificação e valorização das suas potencialidades e recursos adaptativos, implicando uma tomada de decisão clínica que integre, de forma intencional, as dimensões física, emocional, social e ambiental.

A análise reflexiva deste percurso formativo evidenciou que as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista se articulam de forma interdependente, na medida em que o domínio ético norteia a tomada de decisão clínica, o domínio da qualidade sustenta a análise crítica dos resultados, o domínio da gestão de cuidados viabiliza a operacionalização de intervenções complexas e o domínio da aprendizagem contínua afiança a atualização científica e o progresso da identidade profissional.

Tendo por base esta integração de competências, a consolidação do pensamento crítico e a incorporação da prática baseada na evidência, foi elaborado o trabalho de investigação apresentado no capítulo seguinte, evidenciando a articulação entre a prática clínica especializada e a produção de conhecimento em enfermagem.

**3. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO: PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PARA O CONTROLO DA
FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS - UMA *SCOPING REVIEW***

A Enfermagem de Reabilitação constitui um recurso estruturante no processo de cuidar, ao promover, ao longo de todo o ciclo de vida e em diversos contextos assistenciais, a autonomia, a funcionalidade e a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias, mediante a prestação de cuidados holísticos, humanizados e individualizados.

O Regulamento n.º 392/2019 (p.13565) corrobora esta perspetiva, ao salientar que

“o avanço no conhecimento requer [que se] incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”.

De igual modo, Vilelas (2020, p.15) reforça esta visão, ao referir que “a melhoria da formação científica dos profissionais (...) requer não só o domínio dos conceitos teóricos da área da ciência em que se realiza a prática, mas também o conhecimento dos processos geradores de novos conhecimentos científicos”.

O desenvolvimento da minha prática profissional em contexto Oncológico permitiu identificar a ainda reduzida expressão da intervenção do EEER neste domínio, evidenciando uma área com potencial de desenvolvimento clínico e científico.

Esta constatação motivou o aprofundamento reflexivo e científico sobre o contributo potencial da ER neste contexto, conduzindo à análise da evidência disponível e à problematização do papel do EEER na resposta às necessidades complexas do utente oncológico, mais concretamente na prevenção e gestão da fadiga, enquanto sintoma prevalente e altamente incapacitante neste grupo.

Neste sentido emergiu a motivação necessária para o desenvolvimento do presente trabalho de investigação, que procura integrar a minha dimensão profissional à académica, enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais a exercer a sua atividade num Centro de Oncologia de Referência na região norte, aliado a uma área de especial interesse em desenvolvimento como o da Reabilitação.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019, p.13565), o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”.

Este trabalho incidiu sobre a realização de uma revisão do tipo *Scoping*. Este tipo de revisão exploratória permite obter uma visão abrangente e aprofundada sobre a literatura existente, possibilitando mapear o conhecimento disponível sobre determinada temática (Vilelas, 2020).

Segundo o mesmo autor (2020, p.126), “os pesquisadores podem (...) examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade da pesquisa, resumir e disseminar os resultados (...) ou identificar lacunas na literatura existente”.

A elaboração deste trabalho foi orientada pelo protocolo metodológico da *Joanna Briggs Institute* (JBI,2024), reconhecido pela sua robustez na condução de revisões desta tipologia.

PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PARA O CONTROLO DA FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS – UMA *SCOPING REVIEW*

RESUMO

Introdução: O cancro representa a segunda principal causa de morte em Portugal. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, permanece associado a efeitos secundários significativos nos quais se destaca a fadiga, reconhecida como um dos sintomas mais incapacitantes e subvalorizados ao longo do percurso da pessoa com doença oncológica.

A Reabilitação, enquanto área de intervenção multidisciplinar, emerge como uma resposta essencial para minimizar o impacto físico, cognitivo e emocional associado à doença e aos seus tratamentos, promovendo a funcionalidade, autonomia e a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica.

Objetivo: Mapear a evidência científica disponível sobre programas de reabilitação direcionados para o controlo da fadiga, em pacientes oncológicos, em todos os contextos da prática de cuidados.

Critérios de inclusão: Foram incluídos estudos que respondessem à questão de revisão: *“Quais os programas de reabilitação disponíveis para o controlo da fadiga, em pacientes oncológicos, em todos os contextos?”*.

Métodos: *Scoping Review*, de acordo com as orientações metodológicas da JBI. A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Medline/PubMed*, *CINAHL*, *Scopus* e *SciELO*. O processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos analisados foi descrito através do fluxograma PRISMA.

Resultados: Foram incluídos 16 estudos que respondiam à questão de revisão. Os programas de reabilitação identificados basearam-se em exercício físico estruturado ou multicomponente, abordagem multimodal e intervenções mediadas por tecnologia digital.

Discussão: O exercício físico estruturado constitui o principal componente das intervenções para a gestão da fadiga, sendo complementado por abordagens multimodais e estratégias digitais. Contudo, a heterogeneidade dos programas e a limitada padronização das intervenções dificultam a comparação entre estudos e a definição de modelos de intervenção consistentes.

Conclusões: Programas de reabilitação baseados em exercício físico estruturado, integrados em abordagens multimodais e suportados por tecnologias digitais, podem constituir estratégias eficazes para o controlo da fadiga relacionada com o cancro. Estes programas podem ser implementados precocemente e ao longo de todo o percurso da doença em diferentes contextos da prática de cuidados e em diferentes grupos etários, incluindo adultos e idosos,

desde que adaptados às características e capacidades individuais, contribuindo para a promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida das pessoas com doença oncológica.

Palavras-chave: Fadiga; Oncologia; Pacientes; Programas de Reabilitação, Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is the second leading cause of death in Portugal. Despite advances in diagnosis and treatment, cancer continues to cause significant side effects, notably fatigue, which is recognized as one of the most debilitating and underestimated symptoms throughout the course of a person's cancer journey.

Rehabilitation, a specialty with multidisciplinary intervention, emerges as an essential response to minimize the physical, cognitive, and emotional impact associated with the disease and its treatments, promoting the functionality, autonomy, and quality of life of people with cancer.

Objective: To map the available scientific evidence on existing rehabilitation programs for fatigue management in cancer patients in all contexts.

Inclusion criteria: Articles that answered the review question were included: "What rehabilitation programs are available for fatigue management in cancer patients in all settings?"

Methods: Scoping Review, according to the methodological guidelines of the JBI. The search was conducted in the Medline/PubMed, CINAHL, Scopus, and SciELO databases. The process of identifying, selecting, and including the articles analyzed was described using the PRISMA diagram.

Results: The search resulted in the inclusion of 16 studies that answered the review question. The rehabilitation programs were based on structured or multicomponent physical exercise, multimodal interventions, and digitally mediated interventions.

Discussion: Structured physical exercise is the main component of interventions for fatigue management, complemented by multimodal approaches and digital strategies. However, the heterogeneity of the programs and the limited standardization of the interventions make it difficult to compare studies and define consistent intervention models.

Conclusions: Rehabilitation programs based on structured physical exercise, integrated into multimodal approaches and supported by digital technologies, may be effective strategies for managing cancer-related fatigue. These programs can be implemented early on and throughout the course of the disease in different healthcare settings and across different age groups, including adults and older adults, provided they are tailored to individual characteristics and abilities, thereby contributing to the promotion of functionality, autonomy, and quality of life for people with cancer.

Descriptors: Fatigue; Oncology; Patients; Rehabilitation, Rehabilitation Programs.

INTRODUÇÃO

O cancro constitui a principal causa de morte em indivíduos com menos de 70 anos na União Europeia (UE, Portugal, 2024).

Segundo dados relativos a 2025 acerca do Perfil do Cancro do País da UE, publicados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2025), estima-se que a incidência de cancro em Portugal aumente, até 2040, cerca de 20%.

Em Portugal, o cancro representa a segunda principal causa de morte e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, com impacto significativo na saúde, qualidade de vida do utente e sua família.

A sua incidência e prevalência têm vindo a aumentar, refletindo o envelhecimento populacional e a crescente exposição a fatores de risco comportamentais e ambientais.

Neste enquadramento, e em articulação com o Plano Nacional de Saúde e o Plano Europeu de Luta contra o Cancro, foi desenvolvida a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro (ENLCC) – Horizonte temporal 2021-2030, que assenta em quatro pilares: Prevenção, Detecção Precoce, Diagnóstico e Tratamento, Sobreviventes e Sobrevivência (Portugal, 2022). Os seus objetivos passam por reduzir a incidência de neoplasias evitáveis, melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas com doença oncológica, promover o diagnóstico precoce e criar uma rede nacional de referenciação em oncologia. Baseia-se na promoção da equidade e proximidade no acesso aos serviços de saúde, na reinserção social e profissional dos sobreviventes e na valorização e suporte dos cuidadores informais (Portugal, 2022).

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas à Pessoa com Doença Oncológica elaborado pela OE (2023), os enfermeiros estão diretamente implicados no tratamento ao doente oncológico e à sua família, sendo fulcral a sua intervenção ao longo de todo o processo terapêutico.

A evolução do conhecimento científico e da investigação em Oncologia tem permitido um maior número de diagnósticos precoces, a implementação de terapêuticas mais eficazes e o aumento significativo das taxas de sobrevivência, quer seja por cura ou por situação de doença estável. Contudo, tal também se associa a sequelas significativas, não só a nível físico como também mental e social, mesmo após o término dos tratamentos (Portugal, 2019).

Segundo Holt (2018) e Haddad e Yee (2011), citados pela OE (2023), os tratamentos oncológicos podem dividir-se em locais (que destroem células cancerígenas numa determinada área do corpo, através de cirurgia ou radioterapia) ou sistémicos (como a quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia e terapêutica alvo, que têm por objetivo a destruição ou desaceleração do crescimento das células tumorais).

A terapêutica antineoplásica sistémica provoca no utente vários efeitos secundários tais como alterações hematológicas, gastrointestinais, dermatológicas, renais, vesicais, neurológicas, hepáticas, cardíacas, pulmonares, cognitivas, disfunção sexual e reprodutiva, dor, fadiga e alterações na autoestima e autoimagem corporal (OE,2023).

A *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2025) define a Fadiga relacionada com o cancro como uma experiência subjetiva, angustiante e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva, diretamente relacionada com a própria doença oncológica ou com os seus tratamentos. Esta caracteriza-se por ser subnotificada, subdiagnosticada e subtratada, sendo desproporcional ao esforço despendido, interferindo significativamente com o desempenho funcional e com qualidade de vida da pessoa.

Para a *European Society for Medical Oncology* (ESMO,2020) e para a NCCN (2025), os mecanismos subjacentes à fisiopatologia da fadiga relacionada com o cancro permanecem ainda pouco esclarecidos, podendo envolver sistemas fisiológicos e bioquímicos, que variam de acordo com a tipologia do tumor, do estadio da doença e das modalidades terapêuticas instituídas.

Segundo a ESMO (2020), esta condição poderá ter origem, em parte, nos músculos esqueléticos, associada a uma redução progressiva ou à interrupção da atividade física. Contudo, o sistema nervoso central assume igualmente um papel determinante na modulação da perceção da fadiga.

O impacto da doença oncológica não se circunscreve ao momento do seu diagnóstico. Pelo contrário, este estende-se ao longo de todo o percurso de doença da pessoa, traduzindo-se num conjunto de alterações multidimensionais que exigem uma intervenção conjunta por parte das equipas de saúde. As repercussões da doença na sua rotina diária, o *stress* associado, as limitações físicas e cognitivas, a perda de funcionalidade e de autonomia, bem como o estigma social associado, afetam de forma significativa o bem-estar global dos utentes.

Para Campbell et al. (2019) a fadiga pode persistir em cerca de uma em cada quatro pessoas após a conclusão do tratamento oncológico, constituindo um fator limitador do regresso ao trabalho e da autonomia, com impacto significativo na qualidade de vida.

Para os sobreviventes de cancro, esta condição é identificada como o sintoma mais angustiante associado à doença oncológica e aos seus tratamentos, sendo esta considerada mais perturbadora do que outros sintomas, como a dor, as náuseas ou os vómitos, os quais, na maioria das situações, são passíveis de controlo farmacológico (NCCN,2025).

A OMS (2017) reconhece a Reabilitação como uma das políticas de saúde prioritárias do século XXI, estimando que uma em cada três pessoas necessitarão destes cuidados ao longo da sua vida.

A Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, integra um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que visam prestar apoio a pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (OE,2019).

A OE no perfil de competências específicas do EEER afirma que este “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania [e] maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, p.13566).

Tal é corroborado pela OE no mesmo regulamento, confirmando que o EEER “concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento n.º 392/2019, p.13566).

O EEER integrado na equipa multidisciplinar é o profissional habilitado para garantir a prestação de cuidados especializados, prevenir complicações e evitar incapacidades, a fim de manter ou recuperar a independência nas AVD’S e promover uma transição segura no processo saúde-doença.

OBJETIVO E QUESTÃO DE REVISÃO

Esta *Scoping Review* teve por objetivo mapear a evidência científica disponível sobre programas de reabilitação existentes para o controlo da fadiga, em pacientes oncológicos, em todos os contextos.

A definição clara da questão de revisão constitui uma etapa estruturante neste tipo de estudo. Conforme refere Vilelas (2020, p. 127), a questão de revisão “orienta e direciona o desenvolvimento de critérios de inclusão específicos para a revisão *scoping* (...) [facilitando] a eficácia na pesquisa bibliográfica e [fornecendo] uma estrutura clara para o desenvolvimento (...) da revisão”.

Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de revisão: “*Quais os programas de reabilitação disponíveis para o controlo da fadiga, em pacientes oncológicos, em todos os contextos?*”.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Procedeu-se à exclusão de artigos com data de publicação anterior a 2020, sem acesso livre ao texto integral, correspondentes a protocolos de investigação ou comunicações científicas, assim como aqueles que não respondiam à questão de revisão desenvolvida.

A delimitação temporal adotada, entre 2020 e 2025, visou analisar evidência científica contemporânea, garantindo a inclusão de estudos representativos das abordagens atuais à reabilitação oncológica e das necessidades emergentes desta população.

Desenvolveu-se um quadro de extração de dados onde se apresentam, de forma sintetizada, os resultados obtidos e alinhados com o objetivo e a questão de revisão (Quadro1).

Critérios de inclusão dos artigos	Critérios de exclusão
Pacientes oncológicos (excluídas crianças) Programas de reabilitação relacionados com o controlo da fadiga em pacientes oncológicos Publicações nacionais e internacionais Publicações entre 2020 e 2025 Sem restrição de idioma Todos os tipos de estudos, exceto protocolos de investigação ou comunicações científicas	Data publicação anterior 2020 Sem acesso livre ao texto integral Protocolos de investigação ou comunicações científicas

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão

POPULAÇÃO, CONCEITO E CONTEXTO (PCC)

Com base na questão de investigação, foi adotada a estratégia PCC, em que a População se refere aos *Pacientes* (onde se excluem crianças), o Conceito integra *Programas de Reabilitação, Oncologia e Fadiga* e o Contexto abrange *todos os contextos da prática clínica* (Quadro 2).

População	Conceito	Contexto
<i>Patient* (not child)</i>	<i>Rehabilitation</i> <i>Rehabilitation program*</i> <i>Oncology</i> <i>Fatigue</i>	<i>Health units</i> <i>Hospitalization</i> <i>Health institutions</i> <i>Health centers</i>

Quadro 2: População, Conceito e Contexto (PCC)

TIPOS DE ESTUDO

Atendendo à natureza exploratória da *Scoping Review*, foram incluídos estudos com diferentes desenhos metodológicos, desde que respondessem à questão de revisão definida e aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Foram excluídos protocolos de investigação, comunicações científicas e resumos de conferências, por não permitirem a extração e mapeamento de dados consolidados.

MÉTODOS

Segundo Vilelas (2020, p.132) as revisões do tipo *scoping* constituem “uma forma de síntese do conhecimento que incorpora uma série de estudos para resumir e sintetizar exaustivamente as evidências com o objetivo de informar práticas, programas e políticas e orientação para futuras prioridades de pesquisa”, englobando estudos quantitativos e qualitativos.

De acordo com Peters et al. (2020), as *scoping reviews* constituem uma abordagem metodológica relevante para determinar o estado do conhecimento sobre uma determinada temática, permitindo identificar o volume de literatura disponível e proporcionar uma visão abrangente da evidência existente. A sua seleção justifica-se pela capacidade de mapear a evidência em função do período temporal, localização e origem dos estudos e, simultaneamente, identificar lacunas no conhecimento disponível (Aromataris et al., 2024).

O protocolo desta *scoping review* seguiu as diretrizes emanadas pelas JBI e foi registado na OSF a 07 de julho de 2025 (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KWQGB>).

Esta revisão foi efetuada de acordo com o protocolo elaborado no Estágio de Natureza Profissional I (Carvalho, 2025).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa bibliográfica desta *scoping review* foi realizada entre julho e setembro de 2025, tendo sido conduzida de forma faseada e sistematizada.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar estudos que respondessem à questão de revisão formulada, recorrendo às bases de dados *Medline* via *PubMed* (NLM), *CINAHL* via *EBSCO*, *Scopus* e *SciELO*.

Numa fase inicial, foi efetuada uma pesquisa exploratória sobre a temática nas bases *Medline* e *CINAHL*, recorrendo à utilização de termos de pesquisa livres, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática e identificar descritores relevantes.

Posteriormente, procedeu-se à análise dos títulos, resumos e termos indexados dos estudos identificados, de modo a reconhecer as palavras-chave e os descritores mais utilizados na literatura.

Os termos selecionados foram validados através da consulta dos vocabulários controlados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH).

Foram construídas as estratégias de pesquisa específicas para cada base de dados, combinando descritores controlados e termos livres, articulados por operadores booleanos AND, OR e NOT, conforme o Quadro 3.

Base de Dados	Frase booleana
Medline via PubMed	(((("patient*" [Title/Abstract] OR "patients" [MeSH Terms]) NOT "child" [MeSH Terms]) AND ("rehabilitation program*" [Title/Abstract] OR "Rehabilitation" [MeSH Terms]) AND ("oncology" [Title/Abstract] OR "medical oncology" [MeSH Terms]) AND ("fatigue" [Title/Abstract] OR "fatigue" [MeSH Terms])) AND ((ffrft[Filter]) AND (medline[Filter]) AND (2020/1/1:2025/7/31[pdat]) AND (alladult[Filter] OR aged[Filter])) Pesquisa: 31 de julho de 2025 Resultados: 46 artigos
CINAHL via EBSCO	(TI PATIENT* OR AB PATIENT* OR MH PATIENTS NOT MH CHILD) AND (Rehabilitation program* OR Rehabilitation program* OR rehabilitation) AND (TI oncology OR AB oncology OR MH medical oncology) AND (TI fatigue OR AB fatigue OR MH Fatigue) Pesquisa: 31 de julho de 2025 Resultados: 8 artigos
Scopus	((TITLE (patient*) OR ABS (patient*) OR KEY (patients) AND NOT KEY (child))) AND ((TITLE (Rehabilitation program*) OR ABS (Rehabilitation program*) AND KEY (rehabilitation))) AND ((TITLE (oncology) OR ABS (oncology) OR KEY (Medical oncology))) AND ((TITLE (Fatigue) OR ABS (Fatigue) OR KEY (Fatigue))) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2026 AND (LIMIT-TO (OA , "all")) Pesquisa: 31 de julho de 2025 Resultados: 21 artigos
SciELO	S1 (ti:(patient*)) OR (ab:(patient*)) AND NOT (child) S2 (ti:(Rehabilitation program*)) OR (ab:(Rehabilitation program*)) S3 (ab:(oncology)) OR (ti:(oncology)) S4 (ti:(Fatigue)) OR (ab:(Fatigue)) S5 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND Pesquisa: 31 de julho de 2025 Resultados: 1 artigo

Quadro 3: Estratégias de pesquisa para as diferentes bases de dados

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os registos identificados nas bases de dados selecionadas totalizaram 76 estudos, distribuídos por PubMed (n=46), CINAHL (n=8), Scopus (n=21) e SciELO (n=1), sendo estes exportados para a plataforma Rayyan, onde foram identificados e removidos 3 artigos duplicados, permanecendo 73 registos para a fase de triagem.

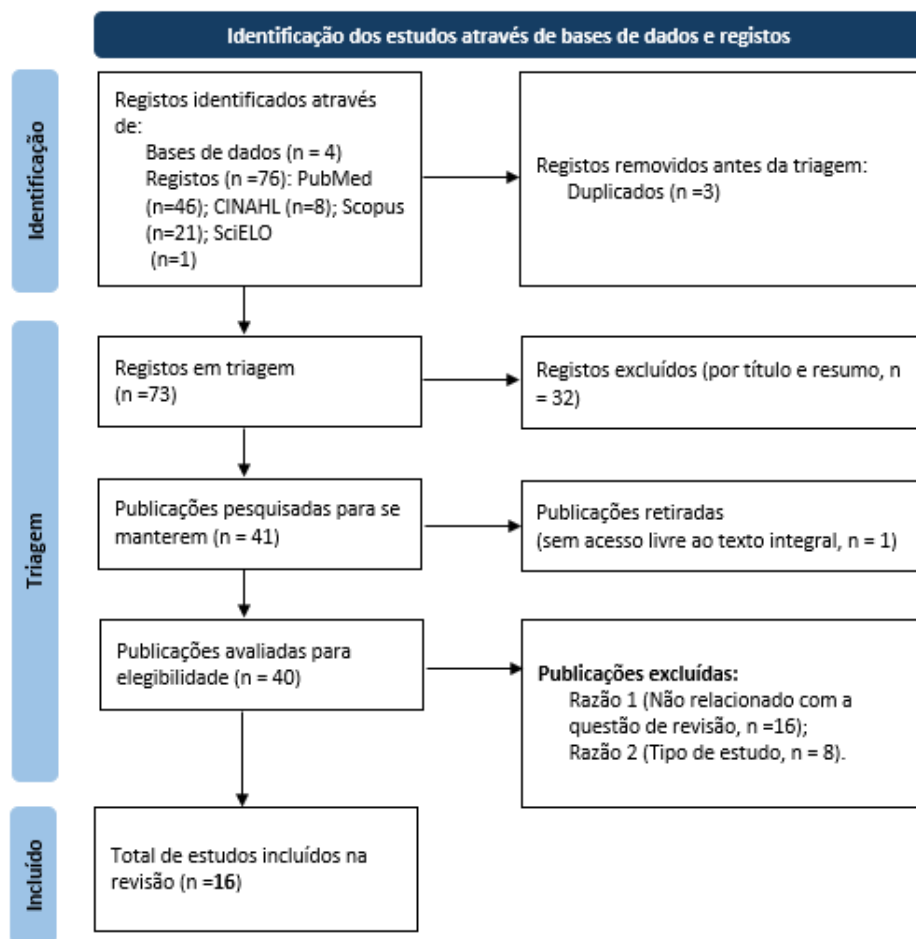
O processo de seleção decorreu de forma sistemática e faseada. Após a remoção de duplicados, realizou-se a triagem dos títulos e resumos dos 73 estudos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Nesta etapa, foram excluídos 32 registos por não cumprirem os critérios estabelecidos, tendo 41 publicações sido consideradas potencialmente elegíveis para leitura integral. A triagem foi realizada de forma independente por dois revisores.

Seguidamente, prosseguiu-se à leitura integral dos 41 artigos elegíveis. Um estudo foi excluído por impossibilidade de obtenção do seu texto integral, apesar da sua solicitação às Bibliotecas Institucionais. Dos restantes, 24 foram excluídos pelos seguintes motivos: 16 por não se relacionarem diretamente com a questão de revisão e 8 por não cumprirem os critérios relativos ao tipo de estudo.

Assim, foram incluídos 16 estudos na presente *scoping review*.

As divergências entre os revisores, em cada etapa do processo de seleção, foram resolvidas por consenso após discussão, não tendo sido necessária a intervenção de um terceiro revisor.

O processo completo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos encontra-se representado no fluxograma PRISMA, Figura 1.



Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal
 de : Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71

Figura 1: Fluxograma PRISMA

EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados extraídos foram analisados de forma independente pelos revisores, tendo o *corpus* de análise final sido estabelecido por consenso em reunião conjunta.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados extraídos foram organizados e apresentados de forma descritiva, com recurso a um quadro de síntese, tendo em consideração o objetivo e a questão de revisão. A sua construção seguiu as orientações propostas por Vilelas (2020) e pela JBI (2024), tendo sido adaptada com a inclusão de variáveis adicionais consideradas pertinentes para a análise, nomeadamente: *Título do Estudo (organizado por ordem alfabética), Autores, Ano de publicação e País de Origem do estudo, Tipo de Estudo, Objetivos, População e Tamanho da Amostra, Contexto, Método, Tipo de intervenção, Duração da intervenção, Resultados e Principais descobertas relacionadas com a questão de revisão*, conforme apresentado no Quadro 4.

Antes da aplicação do instrumento de extração à totalidade dos estudos incluídos, foi realizada uma etapa piloto, com o objetivo de testar a sua clareza, exequibilidade e capacidade de captar todas as variáveis relevantes para esta revisão.

Durante esta fase, o instrumento foi aplicado a duas fontes independentes, permitindo avaliar a consistência da extração e a adequação das categorias previamente definidas. Sempre que se verificaram discrepâncias na extração dos dados, estas foram discutidas entre os dois investigadores responsáveis pela etapa piloto, recorrendo-se, quando necessário, a um terceiro investigador para a sua resolução.

Quadro 4: Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)

Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E00	A home-based 12-week chair exercise intervention for older adults with advanced cancer receiving chemotherapy: a randomized pilot feasibility trial.	Lindsey J. Mattick; Po-Ju Lin; Umang Gada; Blake Loman; Alisha Chakrabarti; Karen M. Mustian, Judith O. Hopkins.	2025 EUA	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT), com 2 braços paralelos.	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de exercícios em cadeira realizada em casa (ChairEx), administrada na clínica pela equipa de oncologia.	Idosos (≥ 70 anos) com diagnóstico de cancro avançado (estádio III/IV, recorrente ou progressivo) a receber quimioterapia. n= 27 participantes randomizados (de 34 rastreados), sendo que 21 completaram todas as visitas de estudo.	Cenário: Clínicas de oncologia comunitária País: EUA (região sudeste) Profissional: A intervenção foi desenvolvida por um fisiologista do exercício clínico e um oncologista. A implementação (ensino dos exercícios e chamadas de acompanhamento) foi executada por enfermeiros oncológicos, assistentes médicos certificados ou associados de investigação clínica Sistema: Misto/Comunitário	Amostragem intencional em clínicas oncológicas. Randomização via REDCap. Avaliações ocorrem no momento basal, às 6 semanas e às 12 semanas Recurso à OARS-IADL (para AVD'S), PROMIS-Fatigue (fadiga), CES-D (depressão) e o SPPB	Realizar 6 exercícios de fortalecimento (extensão joelho, contração dos glúteos, flexão/adução da anca, abdominais, torções oblíquas) e 6 de alongamento (toque dos pés, alongamento da anca, figura "4", extensão do peito/bíceps, extensão do ombro e alongamento do tríceps). Na 6.ª semana, foram ensinados exercícios de progressão (flexão da anca em pé, levantar-sentar, extensão da perna, abdominal inverso sentado, abdominal oblíquo em pé, abdução da anca em pé). Método <i>teach-back</i> , complementada com prescrição escrita, diário de exercícios e vídeo de demonstração no Youtube.	12 semanas Exercícios em séries (uma série de 8–12 repetições para exercícios de fortalecimento, uma série de 20–30 s de manutenção para exercícios de alongamento) com o objetivo de atingir 30 min de exercício, 5 dias/semana. Intensidade leve a moderada (escala de Borg 3–5).	Os participantes exercitaram-se uma mediana de 5 dias/semana, com sessões de aproximadamente 22 min. Melhoria estatisticamente significativa nas AVD'S no grupo ChairEx comparativamente ao grupo de controlo. Observaram-se tendências positivas, mas não significativas, na função física, fadiga e depressão.	O exercício na cadeira é uma estratégia segura, viável e bem aceite para idosos com cancro avançado. A intervenção mostrou ser minimamente disruptiva para o fluxo de trabalho hospitalar e tem potencial para preservar a independência funcional durante o tratamento quimioterápico.
E01	Beating cancer-related fatigue with the Untire mobile app: Results from awaiting-list randomized controlled trial.	Simon Sebastian Spahrkäs; Anne Looijmans; Robbert Sanderman, Mariët Hagedoorn.	2020 Países Baixos	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT) de cariz internacional com lista de espera.	Avaliar a eficácia da aplicação móvel de autogestão "Untire" na melhoria da fadiga relacionada com o cancro e da QdV em doentes e sobreviventes de cancro.	Adultos com níveis de fadiga moderados a severos com dispositivo móvel. n=799 participantes (grupo de intervenção n= 519, grupo controlo n=280)	Cenário: Comunidade (Digital/mHealth) País: Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA Profissional: Psicólogos Autogestão pelo doente Sistema: Digital/Global	Recrutamento nas redes sociais. Randomização dos participantes na proporção 2:1 (intervenção vs. Controlo) através ferramenta online. Os dados foram recolhidos através de questionários online no início (T0) e após 4, 8 e 12 semanas.	Uso da aplicação Untire (engloba terapia cognitivo-comportamental, mindfulness, exercício físico e psicologia positiva).	Grupo de intervenção 12 semanas Grupo de controlo em lista de espera no mesmo período. Os utilizadores foram instruídos a usar a app 1x/semana.	Redução da fadiga, tanto na severidade como na interferência da fadiga, em comparação com o grupo de controlo. Melhoria na QdV. Os participantes com uso médio ou alto da app (≥3 dias de atividade) foram os que obtiveram os maiores benefícios.	As aplicações podem ajudar a gerir a fadiga e a QdV. A app Untire é uma solução de mHealth escalável e de baixo custo, eficaz no apoio a pessoas que sofrem de fadiga após ou durante o tratamento oncológico.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E02	Does exercise intensity matter for fatigue during (neo-) adjuvant cancer treatment? The Phys-Can randomized clinical trial.	Ingrid Demmelmair; Hannah L. Brook; Anna Henriksson; Anne-Sophie Mazzoni; Anne Christin Helgesen Bjørke; Helena Igelström; Anna-Karin Ax; Katarina Sjövall; Maria Hellbom; Ronnie Pingel; Henrik Lindman; Silvia Johansson; Galina Velikova; Truls Raastad; Laurien M. Buffart; Pernilla Åsenlöf; Neil K. Aaronson; Bengt Glimelius; Peter Nygren; Birgitta Johansson; Sussanne Börjeson; Sveinung Berntsen, Karin Nordin.	2021 Suécia	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT), multicêntrico, com desenho fatorial 2x2.	Comparar os efeitos do exercício de alta intensidade vs. intensidade baixa a moderada, com ou sem suporte adicional de mudança de comportamento (BCS), na fadiga relacionada com o cancro. Os objetivos secundários incluíram avaliar o impacto na QoV, ansiedade/depressão, aptidão cardiorrespiratória e força muscular.	Adultos recentemente diagnosticados com cancro da mama, próstata ou colorretal, propostos para iniciar tratamento. n=577 participantes. A amostra foi dividida em quatro grupos: alta intensidade (n=144), baixa-moderada intensidade (n=144), alta intensidade com BCS (n=144) e baixa-moderada com BCS (n=145)	Cenário: Misto (Ginásios Públicos e Hospitais) País: Suécia Profissional: Fisioterapeutas e Coaches Sistema: Público	Recrutamento em hospitais universitários suecos. Os dados foram recolhidos no início (baseline) e imediatamente após a intervenção. A fadiga foi avaliada através do Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) e da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue scale (FACIT-F).	Combinação de treino de resistência supervisionado (em ginásios, 2x/semana) e treino de resistência (endurance) em casa. O grupo de alta intensidade realizou treino intervalado a 80-90% da reserva de frequência cardíaca. O grupo de baixa-moderada intensidade realizou 150 min/semana de caminhada ou ciclismo. O BCS incluiu estratégias como definição de objetivos, planeamento e automonitorização.	6 meses	Os participantes que praticaram exercício de alta intensidade apresentaram uma fadiga física inferior em comparação com os de intensidade baixa a moderada. O exercício de alta intensidade resultou em melhorias superiores na aptidão cardiorrespiratória e na força das pernas. O BCS não proporcionou benefícios extra na redução da fadiga ou noutros resultados de saúde. Dado que não houve diferenças clínicas significativas na fadiga entre intensidades, os doentes podem ser aconselhados a escolher a intensidade do exercício de acordo com a sua preferência pessoal.	Para a gestão da fadiga durante o tratamento oncológico, o mais importante é a prática de exercício, independentemente de ser de alta ou moderada intensidade, sendo ambas as opções seguras e eficazes.
E03	Does participation in therapeutic exercise programs after finishing oncology treatment still ensure an adequate health status for long-term breast cancer survivors? A ≥ 5 years follow-up study.	Francisco Álvarez-Salvago; José Daniel Jiménez-García; Antonio Martínez-Amat; Clara Pujol-Fuentes Sandra Atienzar-Aroca; Cristina Molina-García, Agustín Aibar-Almazán.	2023 Espanha	Estudo de coorte prospetivo (follow-up) a longo prazo (≥ 5 anos) de coorte.	Avaliar se os efeitos positivos de dois programas de exercício terapêutico realizados anteriormente são sustentados ao longo do tempo (≥ 5 anos) em sobreviventes de cancro da mama de longo prazo. Determinar a influência do nível atual de atividade física na fadiga relacionada com o cancro apresentada por estas doentes cinco ou mais anos após a conclusão dos programas.	Mulheres adultas diagnosticadas com cancro da mama (estádios I-IIIa) que terminaram o tratamento oncológico e que participaram em estudos prévios de exercício terapêutico. Uma coorte de 80 sobreviventes de cancro da mama de longo prazo, recrutadas a partir de uma amostra inicial de 137 participantes de estudos realizados em Granada, Espanha.	Cenário: Comunidade (Laboratório Clínico e Unidade de Apoio) País: Espanha Profissional: Fisioterapeutas Sistema: Público/Académico	As participantes foram selecionadas de dois ensaios clínicos anteriores: um programa de exercício aquático e um de telerreabilitação. A reavaliação ocorreu entre 01/2018 e 04/2018 (pelo menos 5 anos após a intervenção original). Recurso à Piper fatigue Scale (PFS); Visual Analogue Scale (VAS); Pressure pain threshold (PPT); Força de preensão manual através de dinamómetro; o teste de caminhada de 6 minutos (6MWT); QoV (EORTC QLQ-BR23); Nível de AF através Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire (MLTPAQ).	Programa Aquático: Sessões de 60 minutos (aeróbico, resistência e estabilidade do core) em ambiente de piscina profunda. Programa de Telerreabilitação: Exercícios personalizados (aquecimento, resistência/aeróbico e relaxamento) disponíveis através de uma plataforma online (sistema e-CUIDATE).	8 semanas	Os efeitos positivos dos programas de exercício não são mantidos a longo prazo (≥ 5 anos) se não houver continuidade na prática de AF. A maioria das sobreviventes revelou-se inativa (≥ 5 anos) após o programa. A inatividade está correlacionada com níveis mais elevados de fadiga. Apenas as participantes que mantiveram um estilo de vida ativo (≥ 7,5 MET-hora/semana) apresentaram níveis significativamente menores de fadiga em todos os domínios (comportamental, afetivo, sensorial e cognitivo).	A simples participação num programa de exercício de curta duração não garante a saúde a longo prazo. É imperativo implementar estratégias de adesão e monitorização contínua para assegurar que as sobreviventes mantenham o hábito do exercício físico durante a fase de sobrevivência prolongada.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E04	Effects of an individualised exercise program in hospitalised older adults with cancer: A randomized clinical trial.	M.C. Ferrara; F. Zambom-Ferraresib; A. Castillo; M. Delgado; A. Galbete; V. Arrazubi; I. Morilla; F. Zambom-Ferraresi; M.L. Fernández González de la Riva; R. Vera García, N. Martínez-Velilla.	2024 Espanha	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT), prospetivo e experimental	Avaliar a eficácia de um programa de exercício multicomponente individualizado nos desfechos funcionais (capacidade física, mobilidade, força e fadiga) de doentes idosos com cancro hospitalizados de forma aguda.	Idosos com idade ≥65 anos n=58 doentes, distribuídos aleatoriamente entre o Grupo de Controlo (n=30) e o Grupo de Intervenção (n=28).	Cenário: Hospitalar (Unidade de Oncologia) País: Espanha Profissional: Fisioterapeuta, Oncologista, Geriatria Sistema: Público	Randomização dos participantes numa proporção de 1:1 através de ferramenta informática Avaliação dos doentes à admissão e ao 6º dia após inclusão.	Programa de exercício multicomponente baseado no modelo VIVIFRIL, adaptado individualmente à função muscular do doente. Treino de resistência progressiva (MS'S e MI'S) com intensidade de 40–70% de 1RM. Treino de equilíbrio, marcha e exercícios funcionais (como levantar-se da cadeira).	5 dias/semana, sessões de 20 min, 2x/dia (manhã e tarde).	O grupo de intervenção revelou melhorias estatisticamente significativas na pontuação SPPB face ao grupo de controlo. Aumento significativo na força de extensão do joelho. Houve uma redução drástica e significativa nos níveis de fadiga no grupo de exercício.	Um programa breve e personalizado de exercício é capaz de mitigar o declínio funcional e melhorar o bem-estar de doentes onco geriátricos hospitalizados. Enquanto estudos de longo prazo em sobreviventes sugerem que os benefícios do exercício se perdem sem adesão contínua, este demonstra que, em contexto agudo, a intervenção precoce é um "escudo funcional" contra a imobilidade hospitalar, produzindo benefícios clínicos imediatos e robustos.
E05	Effects of remote coaching following supervised exercise oncology rehabilitation on physical activity levels, physical fitness, and patient-reported outcomes: a randomised controlled trial.	Anouk T.R. Weemaes; Milou Beelen; Matty P. Weijenberg; Sander M. J. van Kuijk, Antoine F. Lenssen.	2024 Países Baixos	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT), carácter prospetivo e cego.	Avaliar a eficácia da intervenção de coaching remoto de 6M, realizada após a conclusão de um programa de reabilitação oncológico supervisionado, na manutenção dos níveis de AF, melhoria da capacidade aeróbia, força muscular e desfechos reportados pelos doentes (fadiga, QdV, ansiedade e depressão).	Adultos que completaram o tratamento médico ativo e um programa de exercício supervisionado de 10 semanas, apresentando queixas físicas, psicossociais ou fadiga crónica. N=97 O grupo de intervenção (COACH) n= 46 e o grupo de controlo com n=50. Faleceu 1 participante.	Cenário: Transição Hospital-Comunidade País: Países Baixos Profissional: Fisioterapeutas e Treinadores Sistema: Público/Académico	Randomização dos participantes numa proporção de 1:1, estratificada por idade e sexo. Os dados foram recolhidos no início (T0) e após seis meses (T1). AF avaliada por acelerometria (MOX) durante 7 dias. Aptidão aeróbica por CPET. FM através de RM. EORTC QLQ-C30 (qualidade de vida), MFI-20 (fadiga) e HADS (ansiedade/depressão).	Coaching remoto personalizado, baseada no modelo de mudança de comportamento COM-B (Capacidade, Oportunidade e Motivação), via telefónica ou e-mails, com enfoque na motivação e preferências de AF dos doentes.	6 meses	AF sem diferenças estatisticamente significativas. A aptidão aeróbia (VO2peak) e a força muscular mantiveram-se estáveis. Não houve melhorias significativas na QdV, fadiga ou sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos. Regresso ao trabalho semelhante entre grupos.	Coaching remoto não proporcionou benefícios adicionais significativos em comparação com o aconselhamento padrão. A amostra era altamente motivada. Necessidade de identificar subgrupos de doentes com maior risco de inatividade que possam beneficiar mais de intervenções personalizadas de acompanhamento.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E06	Effects of resistance exercise in elderly cancer patients.	Jing Sun; Li Ge; Chunjuan Cao; Wen Yao, Xiaoling Wang	2023 China	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT).	Investigar os efeitos do exercício de resistência em doentes oncológicos idosos para reduzir a fadiga relacionada com o cancro.	Adultos com idade ≥60 anos. n=240 participantes, divididos entre o grupo experimental (n=120) e de controlo (n=120).	Cenário: Hospitalar (Enfermaria) País: China Profissional: Especialistas em Oncologia, Reabilitação e Enfermeiros Sistema: Público	Recrutamento num hospital de nível terciário em Xangai. Recurso a 4 instrumentos validados: FACIT-F (fadiga), SF-36 (qualidade de vida), CD-RISC (resiliência psicológica) e FIMSM (independência funcional). Avaliação no momento de admissão e após as 12S de intervenção.	Grupo Experimental: Recebeu ensino teórico (psicoeducação sobre CRF e benefícios do exercício) e uma prescrição de exercício de resistência utilizando bandas elásticas. A carga foi definida entre 30% a 50% da carga máxima. As sessões estruturavam-se em aquecimento (5 min), exercício de resistência (30 min) e relaxamento (5 min). O acompanhamento incluiu chamadas semanais e monitorização por diários de exercício. Grupo de Controlo: Recebeu cuidados de enfermagem de rotina, incluindo orientações dietéticas e medicamentosas padrão.	12 semanas, realizado 5x/semana	Melhorias significativas na pontuação total de independência funcional (FIMSM), no autocuidado, transferência, locomoção, comunicação e cognição social. Pontuações de SF-36 (qualidade de vida) e CD-RISC (resiliência) significativamente superiores ao grupo de controlo. Redução estatisticamente significativa da fadiga.	O exercício de resistência é eficaz no alívio da fadiga relacionada com o cancro em idosos. A intervenção melhora a função muscular, a mobilidade e o estado mental. O exercício promove a confiança do doente e a sua interação social, ajudando a mitigar o isolamento e o fardo psicológico do tratamento.
E07	Empowering mind-body wellness: effect of bundling seated exercises and psychoeducational rehabilitation using the teach-back approach on fatigue and coping of women postmastectomy.	Zohour Ibrahim Rashwan; Samah Ramadan Shaheen; Ayah Shaban Abd-El Fattah Abd-El Rasoul; Neama Mohamed Fouad Kamel, Hamida Ahmed Mostafa Darweesh.	2024 Egipto	Estudo quasi-experimental, longitudinal, com fase de pré e pós-teste	Avaliar o efeito da combinação de exercícios sentados e reabilitação psicoeducativa, utilizando a abordagem de reensino (<i>teach-back</i>), na fadiga e nas estratégias de coping de mulheres após mastectomia	Mulheres adultas diagnosticadas com cancro da mama submetidas a mastectomia n=60, divididas entre grupo de intervenção (n=30) e grupo de controlo (n=30)	Cenário: Hospitalar (Cirurgia e Quimioterapia) País: Egipto Profissional: Enfermeiros Oncológicos e Investigadores Sistema: Público	Amostragem por conveniência. O processo dividiu-se em quatro fases: avaliação basal, preparação, implementação e avaliação final. Instrumentos validados: Piper Fatigue Scale (PFS), Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC)	Pacote combinado de cuidados entregues através do método <i>teach-back</i> Exercícios sentados: Exercícios de amplitude de movimento (ROM), isométricos e movimentos específicos para os ombros e braços. Reabilitação psicológica: Técnicas de respiração de mindfulness, treino de resolução de problemas, reestruturação cognitiva e "paragem do pensamento"	Período pré-operatório e prolongou-se até dois meses após a alta hospitalar	Redução significativa nos scores de fadiga no grupo de intervenção; decréscimo significativo nos comportamentos de enfrentamento mal adaptativos, especificamente no sentimento de desamparo/desesperança e na preocupação ansiosa; aumento relevante nos scores de enfrentamento adaptativo, como o espírito de luta, a esquivia cognitiva e o fatalismo	O agrupamento de exercícios físicos e reabilitação psicológica através do método <i>teach-back</i> é uma estratégia eficaz e de baixo custo para mitigar a fadiga relacionada com o cancro. O uso do método <i>teach-back</i> simplificou instruções complexas e promoveu a autonomia e confiança das doentes na autogestão dos sintomas. Melhoria global no bem-estar físico e emocional

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E08	Exergame-based rehabilitation for cancer patients undergoing abdominal surgery: Effects on pain, anxiety, depression, and fatigue - A pilot study.	Isabel Alves; Ana Paula Moreira; Teresa Sousa; Paulo Teles; Carla Sílvia Fernandes; Filipe Gonçalves, Bruno Magalhães.	2024 Portugal	Ensaio clínico controlado randomizado de natureza piloto (RCT).	Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação baseado em exergames na dor, na ansiedade ou depressão e na fadiga de doentes oncológicos submetidos a cirurgia abdominal, procurando aumentar a motivação e a adesão dos doentes à reabilitação precoce.	Adultos propostos para cirurgia abdominal major (n=128), dos quais foram excluídos 58. Amostra final=70, divididos entre grupo de intervenção (n=35) e grupo de controlo (n=35).	Cenário: Hospitalar (Unidade de Internamento Cirúrgico) País: Portugal Profissional: Enfermeiros de Reabilitação e Fisioterapeutas Sistema: Público	Randomização no momento de admissão, baseado no dia da cirurgia (dias ímpares para o grupo de intervenção e dias pares para o grupo de controlo). Instrumentos validados: Numeric rating scale (NRS), HADS, Fatigue Assessment Scale (FAS). Dados foram recolhidos na admissão, nas primeiras 48H pós-op e no 7.º dia após a cirurgia.	Grupo de Intervenção: Recebeu a reabilitação tradicional pós-operatória acrescida de um programa de exergames utilizando a consola Nintendo Wii® e o acessório Wii Fit®. Os Jogos selecionados foram: Basic Step (aeróbica), Penguin Slide (equilíbrio), Super Hula Hoop e Bird's-Eye Bull's-Eye. Grupo de Controlo: Recebeu apenas os cuidados tradicionais de reabilitação (mobilização precoce e deambulação).	O programa decorreu entre o 2.º e o 7.º dia pós-operatório. A duração das sessões foi progressiva: 15 minutos (dias 2-3), 20 minutos (dias 4-5) e 30 minutos (dias 6-7).	Em relação à dor verificaram-se scores significativamente mais baixos no grupo de intervenção ao 7.º dia pós-operatório. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no 7.º dia, com o grupo de intervenção a apresentar níveis de fadiga inferiores aos do grupo de controlo.	A reabilitação com exergames é eficaz na redução da dor pós-operatória e na restauração dos níveis de fadiga pré-cirúrgicos em doentes submetidos a cirurgia abdominal major. A intervenção demonstrou ser segura e com uma adesão excelente. A tecnologia utilizada é de baixo custo, portabilidade e facilidade de uso em ambiente clínico.
E09	Fatigue and functional outcomes in cancer rehabilitation.	Amanda Mack; Monica Arrigo; Twyla Fink; Karla Garrity; David Cox; Lauren Kwasnowski, John Wong.	2021 EUA	Estudo de coorte retrospectivo.	Determinar se a gravidade da fadiga relacionada com o cancro no momento de admissão está relacionada com os ganhos funcionais obtidos após um programa de reabilitação convencional.	Doentes oncológicos adultos com elevada complexidade clínica (n=76).	Cenário: Hospitalar (Cuidados agudos de longa duração) País: EUA Profissional: Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais Sistema: Privado	Revisão de processos clínicos. Brief Fatigue Inventory (BFI) Activity Measure for Post-Acute Care inpatient short forms (AM-PAC).	Programa de reabilitação interdisciplinar, englobando fisioterapia e terapia ocupacional focados na tolerância à atividade e na independência funcional.	Durante todo o período de institucionalização, com uma média de 26 dias de internamento (variando entre 5 e 91 dias).	Todos os doentes demonstraram progressos funcionais significativos. Redução média de 30% no comprometimento funcional em mobilidade básica e de 14% nas atividades diárias. Não foi encontrada correlação significativa entre a CRF na admissão e mudança no comprometimento funcional.	A fadiga severa não deve ser interpretada como um fator limitante do potencial de reabilitação de doentes oncológicos hospitalizados. Os profissionais não devem reduzir a intensidade ou frequência das terapias com base apenas no relato de fadiga do doente.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E10	Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study.	Ateya Megahed Ibrahim; Nadia Mohamed Ibrahim Wahba; Donia Elsaid Fathi Zaghamir; Nahed Ahmed Mersal; Fathia Ahmed Mersal; Rasmia Abd El-Sattar Ali; Fatma Abdou Eltaib, Heba Ali Hamed Mohamed.	2024 Egito	Estudo quasi-experimental longitudinal, com fases de pré e pós-teste.	Avaliar o impacto de um programa de reabilitação abrangente em cuidados paliativos, na QdV de doentes com cancro terminal e dos seus cuidadores informais.	Doentes oncológicos (n=88) e cuidadores informais primários (n=88).	Cenário: Ambulatório (Clínicas de Oncologia) País: Egito Profissional: Fisioterapeutas, Conselheiros e Enfermeiros Comunitários Sistema: Público	Clínicas de ambulatório. Amostragem intencional Instrumentos: EORTC QLQ-C30; HADS; SF-36, Caregiver burden inventory (CBI), Beck anxiety inventory (BAI).	Programa de reabilitação: Exercício físico: Sessões de 60 min, incluindo treino aeróbico e de resistência (caminhada, ciclismo, remo) Psicoeducação: Focada na gestão da fadiga, limitações físicas, ansiedade, nutrição e reintegração. Suporte espiritual e existencial: Discussões guiadas por conselheiros treinados para explorar valores pessoais, crenças e oferecer conforto espiritual. Aconselhamento individual.	16 semanas	Doentes: Melhoria significativa na QdV global e redução da ansiedade, depressão. Melhoria no controlo de sintomas como dor, fadiga e insónia. Cuidadores: redução estatisticamente significativa na sobrecarga do cuidador e ansiedade.	Melhoria da autonomia e funcionalidade dos doentes, mesmo em fase terminal. O suporte espiritual foi determinante para aumentar a sensação de paz e propósito tanto nos doentes como nos cuidadores. A reabilitação não deve ser excluída dos cuidados paliativos, garante a dignidade e o conforto no final de vida, enquanto previne o burnout dos cuidadores.
E11	Moving forward on all fronts: impact, patterns, and barriers to exercise in cancer survivors and patients living with advanced disease.	Sasha E. Knowlton; Elizabeth K. O'Donnell; Nora Horick; Giselle K. Perez; Elyse Park; Julia Rabin; Kit M. Quain; Jessica Garton, Jeffrey M. Peppercorn.	2020 EUA	Estudo Transversal Cross-sectional survey (inquérito transversal), Pragmático e Anónimo.	Identificar as necessidades de cuidados de suporte não satisfeitas, os sintomas auto-relatados e os hábitos de exercício tanto de sobreviventes de cancro como de doentes com doença avançada, para determinar a adesão às diretrizes de exercício e identificar barreiras e oportunidades para melhorar a prática de exercício.	Adultos com qualquer tipo ou estadio de cancro (n=640).	Cenário: Hospitalar (Consultas de Oncologia) País: EUA Profissional: Médicos e Equipas de Cuidados de Suporte Sistema: Privado/Académico	Centro oncológico académico. Questionário em papel autopreenchido (presença de sintomas, tempo semanal dedicado a exercícios aeróbicos e força, mudança dos níveis de exercício desde o diagnóstico, interesse em exercitar-se e barreiras percebidas).	Sem intervenção ativa. Avaliação observacional de hábitos e comportamentos já existentes.	Não aplicável. Colheita de dados entre 02/2016 e 07/2016.	Baixa adesão ao cumprimento das diretrizes de 150 min exercício/semana. Redução na prática de exercício após o diagnóstico. Sobreviventes que cumpriam as diretrizes apresentaram menor prevalência de fadiga e problemas de memória, embora esta correlação não tenha sido estatisticamente significativa no grupo de doença avançada. Interesse em aumentar níveis de exercício.	Barreiras ao exercício devem-se ao fardo da doença e falta de tempo. Oportunidade para melhorar os desfechos clínicos através da promoção do exercício, dado o grande interesse dos doentes. Os doentes com doença avançada, que sobrevivem agora por períodos mais longos, têm sido negligenciados em estudos de exercício, mas possuem motivação semelhante ou superior à dos sobreviventes para melhorar a sua condição física.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E12	Multimodal Physical Exercise and Functional Rehabilitation Program in Oncological Patients with Cancer-Related Fatigue—A Randomized Clinical Trial.	Eduardo J. Fernandez-Rodríguez; Celia Sanchez-Gomez; Roberto Mendez-Sanchez; Jose I. Recio-Rodríguez; A. Silvia Puente-Gonzalez; Jesus Gonzalez-Sanchez, Juan J. Cruz-Hernandez, Marial. Rihuete-Galve.	2023 Espanha	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT) e paralelo, constituído por 2 braços (grupo experimental e grupo de controlo).	Avaliar os efeitos de um programa multimodal de exercício físico e reabilitação funcional na astenia, dor, capacidade funcional e na QdV de doentes oncológicos com fadiga relacionada com o cancro.	Adultos hospitalizados com diagnóstico de cancro. A amostra foi de 48 participantes (n=24 grupo experimental, n=24 grupo de controlo).	Cenário: Misto (Internamento e Domicílio) País: Espanha Profissional: Oncologistas, Enfermeiros e Fisioterapeutas Sistema: Público	Amostragem consecutiva e a randomização realizada por um investigador externo. Avaliações antes da alta (basal), aos 15 dias e após 1M. Instrumentos: Índice de Barthel, FACT-An, EuroQoL-5D, SPPB, TSK-F.	Programa multidisciplinar (envolvendo oncologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) que incluiu Exercício físico multimodal ao domicílio: 2 sessões/dia de 15 a 20 min, combinando treino aeróbico, de resistência e equilíbrio. Reabilitação funcional: Reeducação para as atividades de vida diária (AVD), simplificação de tarefas, higiene do sono e técnicas de conservação de energia. Adaptações ambientais: Prescrição de produtos de apoio e identificação de barreiras no domicílio do doente.	1 mês	Grupo experimental revelou melhorias estatisticamente significativas na independência funcional (Barthel) e uma redução relevante na fadiga relacionada com o cancro (FACT). Ganhos significativos no desempenho físico (SPPB) e uma diminuição dos níveis de cinesiofobia (medo do movimento) e de dor. QdV melhoria subjetiva superior no grupo experimental face ao controlo.	Programa multimodal demonstrou ser benéfico para aumentar a autonomia e funcionalidade de doentes oncológicos que sofrem de fadiga crónica. A intervenção no domicílio favorece a humanização dos cuidados e pode reduzir a sobrecarga dos cuidadores. A prescrição de exercício deve ser sempre adaptada à baixa tolerância ao esforço característica de doentes recém-saídos de um período de internamento.
E13	Patient Comments on a Hospital- and University-Based Exercise Oncology Program.	Stephen M. LoRusso; Shaelyn L. Parry; Travis P. Yahner, Karen Y. Wonders.	2022 EUA	Estudo qualitativo e descritivo.	Identificar a fonte de referênciação e os fatores reportados pelos doentes que promoveram a adesão e a participação em programas de reabilitação oncológica, baseados no exercício.	Doentes oncológicos que completaram o inquérito (n=118), sob programa de base hospitalar urbana (n=101) e programa de base universitária rural (n=17).	Cenário: Misto (Urbano Hospitalar e Rural Universitário) País: EUA Profissional: Treinadores Certificados e Estudantes Sistema: Privado	Aplicação de inquérito com 3 questões abertas de resposta curta. Respostas foram submetidas a análise temática independente para identificar temas centrais.	Treino aeróbico e de resistência individualizado (um para um), sem custos. Avaliação prévia da aptidão cardiovascular (passadeira ou cicloergómetro até 85% FC máxima) e força muscular (uso do peso corporal, pesos livres ou máquinas). Programa dividido por fases (I; II; III). Treino aeróbio incluiu o uso de cicloergómetro, passadeira ou caminhada. Treino de resistência utilizou o peso do próprio corpo, bandas elásticas, pesos livres ou máquinas de musculação.	12 semanas, sessões realizadas 1 a 3x/semana. No programa hospitalar, os doentes tinham 1 dia de treino supervisionado no local e 2 a 3 dias de treino não supervisionado no domicílio. No programa universitário, os doentes realizavam 2 a 3 dias de treino supervisionado no local, com a opção de 1 dia adicional em casa.	A equipa de oncologia foi a fonte primária de referênciação. Os fatores determinantes para o doente aceitar a recomendação foram a preocupação com a saúde, a gestão da fadiga e a necessidade de supervisão. A continuidade do tratamento deve-se aos resultados obtidos, o desejo de recuperar a sua saúde e interação com o treinador.	A recomendação direta da equipa médica de oncologia é o mais importante para a integração dos doentes em programas de exercício. A adesão e manutenção no programa são automotivadas, perçecionadas pela melhoria na saúde física e mental. O treinador desempenha um papel fundamental na adesão, pela competência técnica, suporte motivacional e pela criação de um ambiente positivo e responsabilidade.

Extração de Dados (Extraídos 76 artigos, 3 duplicados, excluídos 57, incluídos 16)												
Código do Estudo	Título	Autores	Ano de Publicação Origem	Tipo de Estudo	Objetivos	População do Estudo e Tamanho da Amostra	Contexto	Metodologia Métodos	Tipo de Intervenção	Duração da Intervenção	Resultados	Principais Descobertas
E14	Physical rehabilitation program for cardiorespiratory health and quality of life among breast cancer survivors in UAE: a randomized control trial.	Fatima Abdul Rashid; Wajihah Anwar; Praveen Kumar Kandakurti; Khaled H. A. Al Qawasmeh; Muhammad Farooq Latif; Syed Hammad Tirmazy; Mohamed Omara; Animesh Hazari	2025 Emirados Árabes Unidos	Ensaio clínico controlado randomizado (RCT) de grupos paralelos.	Analisar as alterações na aptidão cardiorrespiratória e nos domínios da QdV relacionada com a saúde em sobreviventes de cancro da mama através de um programa de reabilitação física.	Mulheres sobreviventes de cancro da mama (estádios I a IIIa), com idades entre os 18 e 65 anos, que completaram QT e/ou RT (n=72), distribuídas entre grupo de intervenção (n=36) e grupo de controlo (n=36). Análise Final a 62 mulheres (grupo de intervenção n=31 e grupo de controlo n=31).	Cenário: Hospitalar (Reabilitação e Centros Nacionais) País: Emirados Árabes Unidos Profissional: Fisioterapeutas e Oncologistas Sistema: Público e Privado	Randomização realizada de forma duplamente cega, utilizando método de bloco simples e envelopes selados. Instrumentos de Medição: VO2 Peak durante 2 Km através do Cosmed fitmate Pro; PEFR através Peak flow meter. QdV relacionada com a saúde através QLQ-C30.	Grupo de Intervenção: programa individualizado adaptado do protocolo BREX, composto por 2 sessões semanais supervisionadas em hospital (aeróbio ou treino em circuito de 60 min) e três sessões semanais no domicílio (caminhada ou aeróbio) monitorizadas por diários de bordo e chamadas telefónicas. Grupo de Controlo: Recebeu os cuidados hospitalares padrão e manteve as suas atividades rotineiras.	2 Meses (8 semanas), seguido de um período de acompanhamento de 3 meses para avaliar a sustentabilidade dos ganhos obtidos.	Aumento da aptidão cardiorrespiratória no grupo de intervenção. O programa de intervenção foi efetivo em melhorar a QdV relacionada com a saúde em todos os domínios funcionais (exceto cognitivo e social) e uma redução notável nos sintomas de fadiga, dor, dispneia e distúrbios do sono.	O programa de reabilitação multimodal é eficaz no aumento da robustez cardiovascular e na melhoria multidimensional da qualidade de vida em sobreviventes de cancro da mama. Os benefícios obtidos foram sustentados até 3 meses após o término da intervenção. A combinação de sessões supervisionadas com um programa domiciliário personalizado resultou em elevadas taxas de adesão. A integração de programas estruturados de exercício na prática clínica oncológica pode reduzir custos de saúde a longo prazo e favorecer a reintegração laboral.
E15	Telemedicine-based exercise intervention in cancer survivors: a non-randomized controlled trial.	Verena Krell; Johanna Porst; Lorena Hafermann; Jessica Kuhn; Franziska Greiß; Claudia Römer; Bernd Wolfarth.	2024 Alemanha	Ensaio clínico controlado não randomizado, com 2 braços paralelos.	Investigar se o exercício baseado em telemedicina é tão eficaz (não inferior) quanto o padrão atual de cuidados (terapia pelo exercício oncológico convencional em grupos de desporto terapêutico) durante a fase de pós-tratamento de sobreviventes de cancro.	Sobreviventes de cancro em cuidados curativos que terminaram a terapia aguda há pelo menos 6 semanas. n=92 participantes, sendo que n=61 representa o grupo de telemedicina e n=31 grupo de controlo.	Cenário: Comunidade (Telemedicina) País: Alemanha Profissional: Médicos Desportistas e Fisioterapeutas Sistema: Público	De acordo com a preferência do doente. Avaliação no momento basal (V0), após 6M de intervenção (V1) e após 6M de acompanhamento. O desfecho primário foi a aptidão cardiopulmonar medida pelo VO2peak relativo através de espiroergometria em cicloergómetro. Os desfechos secundários incluíram a QdV via questionário EORTC QLQ-C30, a fadiga via FACT-F e o nível de atividade física (IPAQ-L).	Grupo de Telemedicina: Plano de treino individualizado (princípio FITT) combinando resistência e força, utilizando um monitor de atividade (wearables) para feedback e contou com suporte telefónico aproximadamente 1X/mês. Grupo de Controlo: grupos de desporto terapêutico já existentes, com sessões presenciais de 45 a 60 min, 2X/semana.	6 meses	No VO2peak, o grupo de Telemedicina mostrou uma ligeira vantagem numérica, mas a não-inferioridade não foi estatisticamente significativa face ao grupo de controlo. Na QdV a intervenção por telemedicina demonstrou ser não inferior ao cuidado padrão. Ambos os grupos mostraram melhorias ligeiras na fadiga, mas a análise de não inferioridade para estes parâmetros e para a atividade física não foi conclusiva.	A telemedicina é uma alternativa viável e promissora ao padrão de cuidados, especialmente para doentes mais jovens e empregados, devido à flexibilidade de tempo e local. O sucesso da reabilitação oncológica depende da capacidade de encontrar um programa individualizado que se ajuste às preferências e rotinas do sobrevivente para garantir a adesão a longo prazo.

RESULTADOS

A presente *Scoping Review* incluiu 16 estudos publicados entre 2020 e 2025, verificando-se maior concentração de publicações no ano de 2024, concretamente nos estudos de Alves et al. (2024), Ferrara et al. (2024), Ibrahim et al. (2024), Krell et al. (2024), Rashwan et al. (2024) e Weemaes et al. (2024).

Os estudos foram desenvolvidos em contextos geográficos distintos, nomeadamente Europa, América do Norte, Médio Oriente e Ásia. Denotou-se maior representatividade dos Estados Unidos da América, com quatro estudos incluídos (Knowlton et al., 2020; LoRusso et al., 2022; Mack et al., 2021; Mattick et al., 2025).

Do ponto de vista metodológico, verificou-se o predomínio de nove ensaios clínicos controlados randomizados (Alves et al., 2024; Demmelmaier et al., 2021; Fernandez-Rodriguez et al., 2023; Ferrara et al., 2024; Mattick et al., 2025; Rashid et al., 2025; Spahrkäs et al., 2020; Sun et al., 2023; Weemaes et al., 2024), coexistindo um ensaio clínico controlado não randomizado (Krell et al., 2024), dois estudos quasi-experimentais (Ibrahim et al., 2024; Rashwan et al., 2024), um estudo de coorte prospetivo (Álvarez-Salvago et al., 2023), um estudo de coorte retrospectivo (Mack et al., 2021), um estudo transversal (Knowlton et al., 2020) e um estudo qualitativo descritivo (LoRusso et al., 2022).

As amostras apresentaram variabilidade considerável, desde estudos piloto com menos de 30 participantes a ensaios clínicos e inquéritos transversais com centenas de participantes.

Relativamente à população incluída, os estudos integraram adultos e idosos com diferentes diagnósticos oncológicos, destacando-se o cancro da mama (Álvarez-Salvago et al., 2023; Demmelmaier et al., 2021; Rashid et al., 2025; Rashwan et al., 2024), próstata e colorretal (Demmelmaier et al., 2021; Sun et al., 2023), bem como amostras com diferentes tipologias tumorais (Alves et al., 2024; Fernandez-Rodriguez et al., 2023; Ferrara et al., 2024; Mack et al., 2021; Mattick et al., 2025). No estudo de Ibrahim et al. (2024), para além de mencionar o doente oncológico em fase avançada, foram considerados os cuidadores informais como elementos do processo de reabilitação.

Foram incluídos participantes em diferentes fases do percurso oncológico, nomeadamente em tratamento oncológico ativo (Demmelmaier et al., 2021; Mattick et al., 2025), em fase pós-tratamento (Rashid et al., 2025; Weemaes et al., 2024), sobreviventes em *follow-up* (Álvarez-Salvago et al., 2023; Krell et al., 2024) e pessoas com doença oncológica avançada, integradas em cuidados paliativos (Ibrahim et al., 2024).

No que concerne aos contextos de implementação, os programas de reabilitação foram desenvolvidos em internamento hospitalar (Alves et al., 2024; Ferrara et al., 2024; Rashid et al., 2025; Rashwan et al., 2024; Sun et al., 2023), em ambulatório de oncologia (Ibrahim et al., 2024), na comunidade (Álvarez-Salvago et al., 2023; Mattick et al., 2025), no domicílio (Krell et al., 2024; Spahrkäs et al., 2020) e em modelos híbridos hospital-comunidade (Demmelmaier et al., 2021; Fernandez-Rodriguez et al., 2023; Weemaes et al., 2024). As intervenções mediadas por tecnologia foram implementadas em contexto domiciliário (Krell et al., 2024; Spahrkäs et al., 2020; Weemaes et al., 2024).

Considerando os contextos acima mencionados, a análise dos estudos permitiu agrupar os programas de reabilitação identificados em três categorias principais: programas baseados em exercício físico estruturado, intervenções multimodais e intervenções mediadas por tecnologia.

A categoria mais representativa correspondeu a programas baseados em exercício físico estruturado ou multicomponente, incluindo treino aeróbio supervisionado, treino de resistência muscular e programas combinados de exercício aeróbio e de força, descritos nos estudos conduzidos por Álvarez-Salvago et al. (2023); Demmelmaier et al. (2021); Ferrara et al. (2024); LoRusso et al. (2022); Mattick et al. (2025), Rashid et al. (2025) e Sun et al. (2023).

A duração das intervenções variou consideravelmente, desde programas de curta duração em contexto de internamento hospitalar até intervenções prolongadas com acompanhamento até seis meses, com frequências que oscilaram entre duas a cinco sessões semanais e níveis de supervisão distintos (presencial ou remoto).

Foram igualmente identificadas intervenções com abordagem multimodal, integrando exercício físico associado a estratégias psicoeducativas (como o método *teach-back*), técnicas de respiração, *mindfulness*, treino de *coping*, estratégias de educação para saúde (para autogestão da fadiga) e aconselhamento ou apoio estruturado ao nível espiritual e existencial, conforme descrito por Fernandez-Rodriguez et al. (2023), Ibrahim et al. (2024), Mattick et al. (2025), Rashwan et al. (2024), Spahrkäs et al. (2020) e Weemaes et al. (2024).

As intervenções mediadas por tecnologia digital incluíram a utilização de uma aplicação móvel para autogestão da fadiga (Spahrkäs et al., 2020), monitorização remota da atividade física através de dispositivos *wearables* (Krell et al., 2024), programas de telerreabilitação (Álvarez-Salvago et al., 2023), *exergames* em contexto pós-operatório (Alves et al., 2024), treino supervisionado por telemedicina (Krell et al., 2024) e *coaching* remoto (Weemaes et al., 2024).

No que diz respeito aos profissionais envolvidos, a maioria das intervenções estruturadas foi implementada por equipas multidisciplinares, integrando fisioterapeutas,

especialistas em exercício clínico e profissionais de reabilitação, em articulação com médicos oncologistas e enfermeiros (Demmelmaier et al., 2021; Ferrara et al., 2024; Mattick et al., 2025; Sun et al., 2023). Nos programas multimodais verificou-se igualmente a participação de profissionais com formação em intervenção psicossocial ou comportamental (Ibrahim et al., 2024; Rashwan et al., 2024). A descrição do papel específico dos enfermeiros ou EEER foi limitada, sendo referida apenas a atuação global da equipa multidisciplinar.

Quanto aos resultados reportados, os ensaios clínicos randomizados evidenciaram redução dos níveis de fadiga nos grupos de intervenção, quando comparados com grupos de controlo. Foram também descritas melhorias na capacidade funcional, força muscular, resistência aeróbia e qualidade de vida global.

Nos estudos quasi-experimentais (Ibrahim et al., 2024; Rashwan et al., 2024) observaram-se melhorias significativas nos níveis de fadiga entre o momento pré e pós intervenção. O ensaio clínico controlado não randomizado conduzido por Krell et al. (2024) demonstrou ganhos na aptidão cardiorrespiratória e desempenho físico.

O estudo de coorte prospetivo de Álvarez-Salvago et al. (2023) avaliou sobreviventes a longo prazo e identificou associação entre níveis mais elevados de atividade física e menor fadiga. O estudo de coorte retrospectivo de Mack et al. (2021) mostrou que níveis elevados de fadiga à admissão não impediram ganhos funcionais durante o período de reabilitação. No estudo transversal conduzido por Knowlton et al. (2020) foi identificada associação entre maior severidade de fadiga e menor adesão às recomendações de atividade física.

O estudo qualitativo descritivo de LoRusso et al. (2022) destacou a perceção positiva dos participantes relativamente aos programas de exercício, referindo aumento da energia, melhoria do bem-estar e importância da recomendação da equipa de saúde como fator facilitador da adesão.

Na avaliação da fadiga, observou-se heterogeneidade metodológica nos instrumentos utilizados. Destaca-se a utilização do *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue* (FACIT-F) (Demmelmaier et al., 2021; Sun et al., 2023), do *Functional Assessment of Cancer Therapy – Anemia* (FACT-An) (Fernandez-Rodriguez et al., 2023), do *Brief Fatigue Inventory* (BFI) (Mack et al., 2021; Ferrara et al., 2024) e da *Fatigue Assessment Scale* (Alves et al., 2024). Foram ainda utilizados instrumentos complementares para avaliação da qualidade de vida, como o EORTC QLQ-C30 (Ibrahim et al., 2024; Rashid et al., 2025), bem como medidas objetivas de aptidão cardiorrespiratória, como o VO_2 peak (Krell et al., 2024; Rashid et al., 2025; Weemaes et al., 2024).

De forma global, os estudos incluídos evidenciam diversidade de abordagens de reabilitação direcionadas para o controlo da fadiga, com predominância de intervenções baseadas em exercício físico estruturado e crescente incorporação de componentes multimodais e tecnológicas (Figura 2).

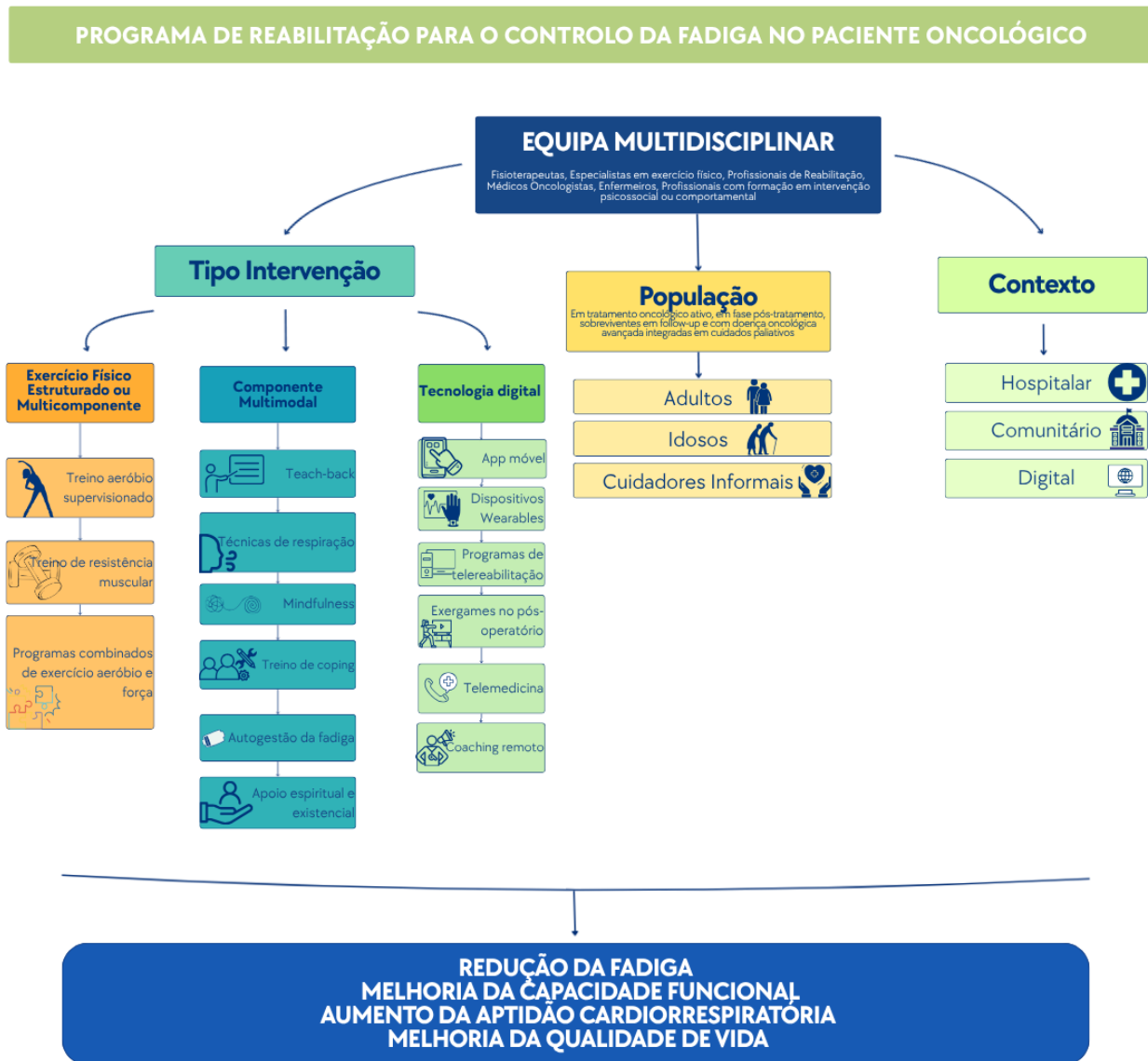


Figura 2: Síntese de principais resultados
(Fonte: Elaborado pela própria, para o desenvolvimento do estudo)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente *scoping review* permitiu mapear a evidência científica disponível sobre programas de reabilitação direcionados para o controlo da fadiga nos pacientes oncológicos, implementados nos diferentes contextos da prática de cuidados.

A análise dos estudos incluídos clarifica o contributo relevante das intervenções não farmacológicas na mitigação deste sintoma, destacando-se os programas baseados em exercício físico estruturado, supervisionado e adaptado às particularidades de cada participante, bem como as abordagens multimodais e as intervenções mediadas por tecnologia digital.

De uma forma global, os estudos analisados demonstram que a reabilitação assume um papel relevante na gestão desta sintomatologia, estando habitualmente associada à melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica.

Entre as intervenções identificadas, os programas de reabilitação baseados em exercício físico estruturado constituem a intervenção mais frequentemente descrita na literatura analisada, demonstrando diminuição significativa dos níveis de fadiga e, consequentemente, melhoria na capacidade funcional, na aptidão cardiorrespiratória, na autonomia e na qualidade de vida (Demmelmaier et al. (2021); Ferrara et al. (2024); Mattick et al. (2025); Rashid et al. (2025); Sun et al. (2023)).

O exercício físico estruturado atua sobre múltiplos mecanismos implicados na fadiga oncológica, incluindo o descondicionamento físico, a inflamação sistémica, as alterações metabólicas e a redução da capacidade cardiorrespiratória. A melhoria concomitante da força muscular, da resistência aeróbia e da capacidade funcional sustenta o pressuposto de que a redução da fadiga não ocorre isoladamente, mas integrada num processo global de recuperação funcional (ESMO, 2020).

A evidência disponível sugere ainda que os benefícios destas intervenções podem ser observados até em populações consideradas mais frágeis. O estudo conduzido por Mattick et al. (2025) destaca que um programa de exercícios em posição sentada contribui para a melhoria das AVD'S em idosos com doença avançada. De forma semelhante, Sun et al. (2023) verificam que programas de exercícios de resistência promovem o aumento da independência funcional e da resiliência física em doentes oncológicos idosos.

Estes resultados encontram-se alinhados com as recomendações internacionais da ESMO (2020) e com as recomendações apresentadas por Campbell et al. (2019), que reconhecem o exercício físico aeróbio e o treino de resistência como intervenções não farmacológicas de primeira linha na gestão da fadiga relacionada com o cancro.

As recomendações da OMS (2020, p. 4) reforçam igualmente a importância da atividade física regular na gestão de doenças crónicas, nomeadamente do cancro, sugerindo que adultos e idosos realizem “pelo menos 150 a 300 minutos semanais de atividade física aeróbia de intensidade moderada; (...) [ou] 75 a 150 minutos de atividade física aeróbia vigorosa (...) ou uma combinação equivalente destas intensidades”. Os adultos deverão executar atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior envolvendo “(...) os principais grupos musculares, pelo menos dois dias por semana” (OMS,2020, p. 4). Complementarmente, é aconselhado que os idosos pratiquem atividade física que “promovam o equilíbrio e a coordenação, bem como o fortalecimento muscular” (OMS,2020, p.6).

As orientações acima mencionadas servem também como referência para a prescrição de exercício na doença oncológica a nível nacional, de acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (Portugal,2022, p.57), onde se destaca que a “(...) atividade física e, em particular, o exercício físico, são aliados na otimização da sobrevivência da pessoa que vive com e para além do cancro”.

O estudo de Mack et al. (2021) salienta que níveis elevados de fadiga no momento de admissão não devem ser considerados um impedimento à participação em programas de reabilitação em contexto hospitalar. Os autores verificam que doentes com níveis elevados de fadiga apresentam ganhos relevantes na mobilidade e na funcionalidade ao longo do programa de reabilitação, demonstrando que a presença deste sintoma não deve ser interpretada como uma contraindicação à implementação de programas de reabilitação, pelo contrário, uma possibilidade de desenvolvimento de planos de reabilitação personalizados.

Estes resultados são reforçados pelo estudo orientado por Ferrara et al. (2024), em que um programa multicomponente de exercício físico, breve e personalizado, realizado 5 dias/semana com sessões de 20 minutos bi-diários, é capaz de reverter o declínio funcional dos doentes oncológicos idosos, funcionando tal como um fator protetor contra a imobilidade associada ao período de internamento.

No que diz respeito à intensidade do exercício, o ensaio clínico orientado por Demmelmaier et al. (2021) compara programas de exercício físico de baixa, média e de alta intensidade em pessoas com diagnóstico recente de cancro da mama, da próstata ou colorretal. Os resultados denotam que ambas as abordagens são seguras e eficazes na redução da fadiga, não se verificando diferenças clinicamente significativas entre os diferentes níveis de intensidade. Estes achados sugerem que a participação regular em programas de exercício físico pode assumir maior relevância do que a intensidade específica da intervenção, reforçando a importância da adaptação das recomendações às preferências, capacidades e condição clínica

dos participantes. Desta forma, a prescrição individualizada do exercício pode constituir um fator determinante para promover a adesão e a continuidade dos programas de reabilitação ao longo do percurso da doença.

Por outro lado, a abordagem multimodal da reabilitação em oncologia deve ter em conta a natureza multifatorial da fadiga, a qual resulta da interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais.

Neste sentido, uma intervenção holística, que combine exercício físico com estratégias psicoeducativas, apoio psicossocial, educação para a autogestão dos sintomas e suporte emocional e espiritual tem potencial para fomentar os benefícios no desenvolvimento dos programas de reabilitação neste contexto.

O estudo conduzido por Rashwan et al. (2024) demonstra que a integração de exercício físico com intervenção psicoeducativa, baseada no método *teach-back*, contribui para a redução da fadiga, para o aumento da literacia em saúde e para a melhoria das estratégias de *coping* em mulheres submetidas a mastectomia, reforçando a sua autonomia e confiança perante a autogestão dos sintomas, favorecendo uma participação ativa no seu processo de reabilitação, promovendo o enfrentamento adaptativo e minimizando sentimentos de desamparo.

De forma semelhante, Ibrahim et al. (2024) avaliam um programa de reabilitação implementado em contexto de cuidados paliativos, integrando exercício físico, suporte psicossocial e espiritual, bem como aconselhamento individualizado. Os resultados apontam para melhorias significativas na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade dos participantes, acompanhadas pela redução dos níveis de fadiga e de ansiedade. Além disso, observa-se uma diminuição da ansiedade e da sobrecarga dos cuidadores informais.

Adicionalmente, Fernández-Rodríguez et al. (2023) demonstram que programas multimodais de exercício físico e reabilitação funcional podem contribuir para melhorias na independência funcional e na redução da fadiga em pessoas com doença oncológica, reforçando a importância da prescrição de exercício físico adaptado à tolerância ao esforço, sendo que o meio domiciliário favorece a humanização dos cuidados e pode reduzir a sobrecarga dos cuidadores.

Estes resultados vão ao encontro das *guidelines* apresentadas pela ESMO (2020), que salientam a importância da transmissão de informação e do aconselhamento às pessoas com doença oncológica e aos seus cuidadores, de forma a promover a compreensão desta sintomatologia e a adoção de estratégias para a sua prevenção e gestão. Neste contexto, intervenções como a psicoeducação, a terapia cognitivo-comportamental e as estratégias

baseadas em *mindfulness* são recomendadas como abordagens complementares na gestão deste sintoma.

Outro aspeto relevante identificado prende-se com a crescente utilização de tecnologias digitais no suporte à reabilitação oncológica, como estratégia para ultrapassar barreiras geográficas e facilitar o acesso a serviços de saúde.

O estudo de Krell et al. (2024) avalia a eficácia de um programa de exercício físico baseado em telemedicina (com recurso a *wearables*) em sobreviventes de cancro, comparando-o com programas convencionais de exercício supervisionado. Os resultados indicam que a intervenção baseada em telemedicina apresenta desfechos semelhantes ao modelo convencional no que se refere à aptidão cardiorrespiratória, à qualidade de vida e aos níveis de fadiga, sugerindo que esta modalidade pode ser atrativa em populações mais jovens e profissionalmente ativas. Aspetos como a flexibilidade horária e a possibilidade de implementação de programas de reabilitação em contexto comunitário ou domiciliário, sobretudo nos casos em que o acesso a programas presenciais é limitado, configuram uma alternativa promissora.

Spahrkäs et al. (2020) analisam a aplicação móvel *Untire*, desenvolvida para apoiar a autogestão da fadiga em pessoas com doença oncológica. Os resultados evidenciam uma redução significativa na intensidade e na interferência da fadiga, bem como melhoria da qualidade de vida, sugerindo que intervenções baseadas em *mHealth* são acessíveis e podem contribuir para apoiar os doentes na gestão dos sintomas e na promoção de estilos de vida mais saudáveis.

A utilização de tecnologias digitais foi também explorada em contexto hospitalar. O estudo levado a cabo por Alves et al. (2024) expõe que a integração de *exergames* num programa de reabilitação pós-operatória, em doentes submetidos a cirurgia abdominal *major*, contribui para a redução da fadiga e da dor, bem como para a melhoria da adesão ao programa de reabilitação, evidenciando o potencial destas ferramentas para aumentar a motivação e a participação dos doentes.

Contudo, nem todas as intervenções digitais apresentaram benefícios adicionais. No estudo de Weemaes et al. (2024), a implementação de um programa de *coaching* remoto personalizado, após a conclusão de um programa supervisionado de exercício, não resultou em melhorias significativas na manutenção da atividade física ou na redução da fadiga. Estes resultados sugerem que a eficácia destas estratégias pode depender do nível de acompanhamento profissional, da motivação individual e do contexto de implementação,

fortalecendo a ideia de que as tecnologias digitais devem ser encaradas como um complemento às intervenções presenciais, e não como um substituto total da supervisão profissional.

A literatura analisada evidencia que a adesão aos programas de exercício físico constitui um fator determinante para a manutenção dos resultados obtidos ao longo do processo de reabilitação.

Neste contexto, a referenciação direta por parte da equipa de saúde surge como um fator facilitador para a participação nestes programas. O estudo desenvolvido por LoRusso et al. (2022) elucida que a orientação e o incentivo dos profissionais de saúde compõem um dos principais fatores motivacionais para a adesão dos doentes a programas de exercício físico, corroborando igualmente o papel do acompanhamento profissional na manutenção do compromisso e da motivação ao longo do processo de reabilitação.

Em contraste, a sustentabilidade dos efeitos positivos das intervenções implementadas emerge como um desafio relevante na literatura analisada.

Knowlton et al. (2020) identificam níveis reduzidos de cumprimento das recomendações de exercício físico entre pessoas com doença oncológica, sendo apontados como principais entraves à sua realização o impacto da doença, os efeitos adversos do tratamento e as limitações associadas ao tempo disponível. Também Álvarez-Salvago et al. (2023) revelam que os benefícios obtidos através de programas estruturados de exercício podem diminuir ao longo do tempo, quando não há continuidade na prática de atividade física. Os autores observam que sobreviventes de cancro que mantêm níveis regulares de atividade física, apresentam níveis significativamente mais baixos de fadiga, em comparação com aqueles que se tornaram fisicamente inativos após a conclusão dos programas de reabilitação.

No que concerne à implementação dos programas de reabilitação, a literatura analisada descreve, de forma limitada, o papel específico do EEER neste âmbito. Contudo, de acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (OE,2019), que define o perfil de competências do EEER, este detém um conjunto de conhecimentos e competências específicas que lhe permitem desenvolver cuidados diferenciados no domínio de ER.

Entre estas competências destacam-se a avaliação da funcionalidade, a identificação de limitações da atividade e incapacidades e a conceção de planos de reabilitação orientados para a promoção da autonomia da pessoa em situação de doença ou incapacidade, podendo tal ser aplicado à reabilitação do doente oncológico em todos os contextos da prática de cuidados.

A limitada descrição do papel do EEER nos estudos analisados manifesta a necessidade de maior produção científica que explore e documente o contributo do EEER na gestão da fadiga, especialmente no desenvolvimento de programas estruturados neste âmbito.

A evidência analisada sugere assim que a reabilitação oncológica deve ser iniciada precocemente, assumindo uma abordagem multimodal e individualizada. A personalização da intensidade das intervenções e a integração de ferramentas digitais podem contribuir para aumentar a adesão aos programas de reabilitação. Contudo, a manutenção dos benefícios a longo prazo depende da capacidade dos sistemas de saúde em garantir a continuidade destes programas e em promover a prática regular de exercício físico como parte integrante do percurso da pessoa com doença oncológica.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

A presente scoping review permitiu mapear a evidência científica disponível relativa aos programas de reabilitação direcionados para o controlo da fadiga em pacientes oncológicos, implementados em diferentes contextos da prática de cuidados.

Os resultados comprovam que programas de reabilitação baseados em exercício físico estruturado são os mais descritos na literatura, demonstrando benefícios consistentes na redução da fadiga e na melhoria da funcionalidade, da aptidão cardiorrespiratória e da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica.

A evidência analisada destaca ainda a relevância da integração de abordagens multimodais, que associem exercício físico a estratégias psicoeducativas, bem como o crescente recurso a intervenções mediadas por tecnologias digitais, tais como programas de telerreabilitação, aplicações móveis e dispositivos de monitorização remota como estratégias promissoras para ampliar o acesso aos programas de reabilitação e promover a continuidade da prática de atividade física em diferentes contextos de cuidados.

Os resultados sugerem também que os programas de reabilitação devem ser implementados precocemente, ao longo do percurso da doença oncológica e aplicados em diferentes grupos etários, incluindo adultos e idosos, inclusive na presença de níveis mais elevados de fadiga, desde que personalizados às características e capacidades dos participantes.

Apesar dos benefícios identificados, a evidência disponível revela diferenças nos programas de reabilitação implementados, nomeadamente no que se refere à duração, frequência e componentes de exercício, bem como uma descrição limitada do papel específico dos profissionais de saúde envolvidos, em particular do EEER.

Neste sentido, torna-se pertinente o desenvolvimento de investigação futura que explore, de forma mais aprofundada, a implementação e os efeitos de programas de reabilitação

estruturados e padronizados no controlo da fadiga relacionada com o cancro, bem como o contributo específico da ER neste domínio.

A sua existência poderá contribuir para o reconhecimento da reabilitação como parte integrante do percurso do doente oncológico, constituindo-se como uma ferramenta relevante para a tomada de decisão na prática clínica, podendo servir de base ao desenvolvimento de recomendações de boas práticas e à construção de programas de reabilitação mais adaptados às necessidades das pessoas em situação de doença oncológica.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar dos resultados identificados nesta revisão, a evidência disponível apresenta lacunas relevantes.

A variabilidade dos programas de reabilitação descritos nos estudos analisados, particularmente no que respeita à duração das intervenções, à frequência das sessões, à intensidade do exercício, aos exercícios terapêuticos incluídos e aos contextos de implementação, dificulta a comparação direta entre estudos e limita a identificação de modelos de intervenção padronizados para a gestão da fadiga relacionada com o cancro que possam ser replicados em diferentes contextos clínicos.

Outra lacuna encontrada detém-se na heterogeneidade dos instrumentos utilizados para a avaliação da fadiga, o que pode igualmente comprometer a comparabilidade dos resultados entre estudos. Importa ainda salientar que a maioria das intervenções analisadas apresenta períodos de acompanhamento relativamente curtos, sendo limitada a evidência sobre a manutenção dos benefícios das intervenções de reabilitação a longo prazo.

Verificou-se ainda que poucos estudos descrevem, de forma detalhada, o papel específico dos diferentes profissionais envolvidos nos programas de reabilitação, nomeadamente do EEER, cuja intervenção poderá assumir um contributo relevante na avaliação funcional, na prescrição de exercício físico e na capacitação do utente e da família para a autogestão da fadiga.

Esta *scoping review* apresenta, da mesma forma, limitações que deverão ser consideradas aquando da interpretação dos resultados: em primeiro lugar, o horizonte temporal definido para a pesquisa bibliográfica poderá ter condicionado a inclusão de estudos relevantes publicados anteriormente, limitando a abrangência da evidência analisada. Por outro lado, a exclusão de protocolos de investigação e literatura cinzenta, como teses, dissertações ou

relatórios institucionais, poderá ter contribuído para a omissão de evidência possivelmente relevante nesta área.

Acresce que esta revisão foi circunscrita às bases de dados acima mencionadas, pelo que poderão existir estudos relevantes que não tenham sido identificados nesta pesquisa.

Finalmente, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, quer ao nível do desenho dos estudos, quer dos instrumentos de avaliação utilizados, poderá limitar a comparação dos resultados e a generalização de conclusões.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Programas de reabilitação baseados em exercício físico estruturado podem assumir-se como estratégias não farmacológicas eficazes para a gestão da fadiga relacionada com o cancro, podendo estes ser implementados precocemente em populações adultas ou idosas, mesmo na presença de níveis elevados de fadiga ou de doença avançada, desde que personalizados e adequadamente adaptados ao seu estado funcional e preferências pessoais.

A implementação destes programas, nos diferentes contextos da prática de cuidados, poderão contribuir para uma abordagem mais sistemática da gestão da fadiga, promovendo ganhos funcionais e prevenindo o declínio associado à inatividade física.

A integração de abordagens multimodais, que associem exercício físico a estratégias psicoeducativas, suporte psicossocial e estratégias de autogestão dos sintomas, parecem potenciar os ganhos funcionais e contribuir para uma maior adaptação à doença e a este sintoma.

Paralelamente, a utilização de tecnologias digitais, como programas de telemonitorização, aplicações móveis, dispositivos *wearables* ou programas de telerreabilitação, podem contribuir para ampliar o acesso aos programas de reabilitação e favorecer a continuidade da prática de exercício físico em contexto comunitário ou domiciliário. No entanto, os resultados sugerem que estas ferramentas devem ser encaradas como estratégias complementares aos programas de reabilitação, sendo o acompanhamento profissional um elemento essencial para garantir a adequação, segurança e continuidade dos mesmos.

A intervenção do EEER deverá ser mais estudada, a fim de se compreender a importância do seu papel no desenvolvimento de programas de reabilitação nesta área, promovendo a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida ao longo do percurso da doença oncológica.

CONCLUSÃO

Percorrer novos caminhos implica, inevitavelmente, um exercício crítico de reflexão sobre o percurso desenvolvido, enquanto processo dinâmico de construção e aquisição de saberes, competências e habilidades.

Ao longo deste percurso, foi possível integrar, na prática, a relevância do papel do EEER na vida dos utentes e das suas famílias, que viram a sua condição de saúde alterada de forma abrupta e inesperada.

Nos diferentes contextos de estágio, quer ao nível hospitalar quer em contexto comunitário, contactei com um número significativo de utentes com alterações na sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, comparativamente à sua situação de saúde prévia.

O EEER, integrado no seio da equipa multidisciplinar, assumiu-se como o profissional de saúde habilitado para promover uma transição eficaz no percurso de saúde-doença, através da implementação de intervenções de ER holísticas e personalizadas, centradas no utente e na sua família.

Enquanto futura EEER, pude desenvolver a minha prática de forma cada vez mais autónoma e segura, traduzindo-se tal numa maior capacidade de realizar avaliações funcionais sistematizadas, de delinear programas de reabilitação ajustados e de mobilizar o raciocínio clínico na tomada de decisão, reconhecendo, simultaneamente, os limites da minha atuação e a necessidade de adaptação às especificidades de cada situação num processo de constante aprendizagem.

A relação terapêutica estabelecida entre o utente, o EEER e a família foi transversal a todos os contextos da prática de cuidados, assumindo-se como uma componente estruturante de qualquer programa de reabilitação, promovendo a adesão e motivação para com o regime terapêutico e, consequentemente, fomentando a participação ativa no processo de reabilitação.

Em contexto hospitalar, a atuação do EEER ocorreu numa fase aguda de instalação da doença, comprovando a importância da intervenção sistematizada, orientada para a prevenção do declínio funcional e de complicações, bem como na preparação para a alta, promovendo a continuidade de cuidados e a transição segura para o domicílio.

Por sua vez, em contexto comunitário, foi fundamental a adaptação dos programas de reabilitação ao ambiente domiciliário, exigindo articulação entre os diferentes níveis de cuidados, onde o cuidador informal desempenhou um papel determinante.

Assim, atendendo às particularidades de cada contexto, destaca-se a capacidade de planeamento, de articulação multidisciplinar e de gestão de prioridades e de recursos humanos e materiais, enquanto elementos essenciais para o desenvolvimento de cuidados de ER de qualidade.

A interação com equipas multidisciplinares experientes, a supervisão dos Enfermeiros Tutores e a reflexão sistemática sobre as experiências vivenciadas contribuíram para o meu

desenvolvimento profissional, refletindo-se numa maior capacidade de tomada de decisão perante situações clínicas complexas e numa compreensão aprofundada do papel diferenciador do EEER na promoção de ganhos em saúde.

Assim, neste percurso formativo, evidenciou-se a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, encadeadas com as competências específicas do EEER, com particular destaque na avaliação da funcionalidade, na identificação de limitações da atividade e restrições na participação, na conceção, implementação e monitorização de programas de reabilitação, bem como na capacitação do utente e da sua família para a gestão da sua condição de saúde.

O desenvolvimento do trabalho de investigação, referente aos programas de reabilitação disponíveis para o controlo da fadiga nos pacientes oncológicos, permitiu compreender a importância da prática baseada na evidência, articulando a minha prática profissional ao desenvolvimento de cuidados especializados no âmbito da ER. Contudo, a análise da evidência disponível permitiu identificar lacunas relevantes, nomeadamente ao nível da variabilidade das intervenções implementadas, da sustentabilidade dos resultados a longo prazo e da limitada visibilidade do papel do EEER na literatura científica, o que reforça a necessidade de maior investimento nesta área.

As dificuldades sentidas neste período, inerentes ao processo de aprendizagem e à complexidade das situações clínicas, definiram-se como oportunidades privilegiadas de desenvolvimento, promovendo o raciocínio clínico, a capacidade de tomada de decisão e de reflexão crítica sobre a prática, fomentando o meu crescimento pessoal e profissional.

O percurso formativo que agora se encerra, enquanto capítulo do processo de aprendizagem, abre agora caminho a uma nova etapa profissional, na qual o conhecimento adquirido se concretiza em cuidados especializados e onde me afirmarei, certamente, como agente ativo na promoção da funcionalidade, da autonomia e qualidade de vida do utente e da sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Salvago, F., Jiménez-García, J.D., Martínez-Amat, A., Pujol-Fuentes, C., Atienzar-Aroca, S., Molina-García, C., & Aibar-Almazán, A. (2023). Does participation in therapeutic exercise programs after finishing oncology treatment still ensure an adequate health status for long-term breast cancer survivors? A ≥ 5 years follow-up study. *Supportive Care in Cancer*, 31(343), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07801-8>
- Alves, I., Moreira, A.P., Sousa, T., Teles, P., Fernandes, C.S., Gonçalves, F., & Magalhães, B. (2024). Exergame-based rehabilitation for cancer patients undergoing abdominal surgery: Effects on pain, anxiety, depression, and fatigue - A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 72, 102665. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102665>
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1.ª ed., pp.329-335). Lidel.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M.M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1.ª ed., pp.164-233). Lidel.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Borella, M., & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, 17, 161-169. https://www.researchgate.net/publication/339592002_Os_efeitos_da_pratica_de_atividades_motoras_sobre_a_neuroplasticidade#fullTextFileContent
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D., Matthews, C., Ligibel, J., Gerber, L., Morris, S., Patel, A., Hue, T., Perna, F., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(11), 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>

Carvalho, F. (2025). *Relatório de Estágio de Natureza Profissional I* [Relatório de estágio não publicado]. ESS-IPVC.

Demmelmaier, I., Brook, H.L., Henriksson, A., Mazzoni, A. S., Björke, A.C H, Igelström, H., Ax, A.C., Sjövall, K., Hellbom, M., Pingel, R., Lindman, H., Johansson, S., Velikova, G., Raastad, T., Buffart, L. M., Åsenlöf, P., Aaronson, N. K., Glimelius, B., Nygren, P., Johansson, B., Börjeson, S., Berntsen, S., & Nordin, K. (2021). Does exercise intensity matter for fatigue during (neo-) adjuvant cancer treatment? The Phys- Can randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 31(5), 1144– 1159. <https://doi.org/10.1111/sms.13930>

Despacho n.º 10143/2009. Define o Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª Série, n.º 74. (2009-04-16), pp. 15438-15440. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/2009/04/2S074A0000S00.pdf>

Despacho n.º 13227/2023. Aprova a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030. Diário da República, 2.ª Série, n.º 248. (2023-12-27), pp. 51-80. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/12/248000000/0005100080.pdf>

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2025). *Guia Orientador do Estágio de Natureza Profissional II*. ESS-IPVC.

Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 31(6), 713–723. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Fernandez-Rodriguez, E.J., Sanchez-Gomez, C., Mendez-Sanchez, R., Recio-Rodriguez, J.I., Puente-Gonzalez, A.S., Gonzalez-Sanchez, J., Cruz-Hernandez, J.J., & Rihuete-Galve, M.I. (2023). Multimodal Physical Exercise and Functional Rehabilitation Program in Oncological Patients with Cancer-Related Fatigue—A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064938>

Ferrara, M.C., Zambom-Ferraresib, F., Castillo, A., Delgado, M., Galbete, A., Arrazubi, V., Morilla, I., Zambom-Ferraresi, F., Fernández González de la Riva, M.L., Vera García, R., & Martínez-Velilla,

- N. (2024). Effects of an individualised exercise program in hospitalised older adults with cancer: A randomised clinical trial. *The Journal of nutrition, health and aging*, 29(1), <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100424>
- Ibrahim, A.M., Wahba, N.M.I., Zaghamir, D.E.F., Mersal, N.A., Mersal, F.A., Ali, R., AE.S., Eltaib, F.A. & Mohamed, H.A.H. (2024). Impact of a comprehensive rehabilitation palliative care program on the quality of life of patients with terminal cancer and their informal caregivers: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 23(357),1-16. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02028-2>
- Knowlton, S.E., O'Donnell, E.K., Horick, N., Perez, G.K., Park, E., Rabin, J., Quain, K.M., Garton, J., & Peppercorn, J.M. (2020). Moving forward on all fronts: impact, patterns, and barriers to exercise in cancer survivors and patients living with advanced disease. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4979–4988. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05344-w>
- Krell, V., Porst, J., Hafermann, L., Kuhn, J., Greiß, F., Römer, C., & Wolfarth, B. Telemedicine-based exercise intervention in cancer survivors: a non-randomized controlled trial. (2024). *Scientific Reports*, 14(30615), 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-83846-x>
- LoRusso, S.M., Parry, S.L., Yahner, T.P., & Wonders, K.Y. (2022). Patient Comments on a Hospital- and University-Based Exercise Oncology Program. *Journal of Cancer Education*, 38, 639–645. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05344-w>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1.ª ed., pp.281-328). Lidel.
- Mack, A., Arrigo, M., Fink, T., Garrity, K., Cox, D., Kwasnowski, L., & Wong, J. (2021). Fatigue and functional outcomes in cancer rehabilitation. *Supportive Care in Cancer*, 29, 8069–8076. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06405-4>
- Mattick, L.J., Lin, Po-Lu, Gada, U., Loman, B., Chakrabarti, A., Mustian, K.M., & Hopkins, J.O. (2025). A home-based 12-week chair exercise intervention for older adults with advanced cancer receiving chemotherapy: a randomized pilot feasibility trial. *Supportive Care in Cancer*, 33(526), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09584-6>

- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). (2025). *Cancer-Related Fatigue* (Version 2.2025). NCCN. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
- OECD/European Commission (2025), *Perfil do cancro por país da UE: Portugal 2025, Perfis do cancro por país da UE*, Publicações da OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ffdcd7a9-pt>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R.P. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1.ª ed., pp.654-670). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. OE <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas à Pessoa com Doença Oncológica* (1.ª edição). OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Peixoto, N.M.S.M., & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (11), 121-132. <https://www.scielo.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A. C., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews*. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I Manual for Evidence Synthesis*. JBI. https://www.researchgate.net/publication/342597157_Chapter_11_Scoping_Reviews
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para as doenças oncológicas. Desafios e Estratégias. Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219986-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFahzFEfkPAAAA>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a promoção da atividade física. Direção-Geral da Saúde*. <https://portugalactivo.pt/wp-content/uploads/2023/12/Programa-Nacional-para-a-Promocao-da-Atividade-Fisica-2022.pdf>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2024). *Programa Nacional para as doenças oncológicas: Desafios e Estratégias. Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/desafios-e-estrategias-2024.pdf.aspx?%C2%ABmlkvi%C2%BB===DwAAAB+LCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Portugal. Instituto da Segurança Social, I.P. Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2025). Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (Nº37 – v4.25). Instituto da Segurança Social, I.P. https://seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rn_cci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Rashid, F.A., Anwar, W., Kandakurti, P.K., Al Qawasmeh, K.H.A., Latif, M.F., Tirmazy, S.H., Omara, M., & Hazari, A. (2025). Physical rehabilitation program for cardiorespiratory health and quality of life among breast cancer survivors in UAE: a randomized control trial. *BMC Cancer* 25(705), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12885-025-14005-2>

Rashwan, Z.I., Shaheen, S.R., Rasoul, A.S. AE. F. AE., Kamel, N.M.F., & Darweesh, H.A.M. (2024). Empowering mind-body wellness: effect of bundling seated exercises and psychoeducational rehabilitation using the teach-back approach on fatigue and coping of women postmastectomy. *BMC Women's Health*, 24(443), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03242-5>

Regulamento n.º 140/2019. Define o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 26. (2019-02-06), pp. 4744 - 4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 392/2019. Define o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª Série, n.º 85. (2019-05-

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Ribeiro, O., Moura, M.I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (1.ª ed., pp.48-57). Lidel.

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem* (fevereiro 2019), 35-44. https://www.researchgate.net/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_d_e_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao

Spahrkäs, S. S., Looijmans, A., Sanderman, R., & Hagedoorn, M. (2020). Beating cancer-related fatigue with the Untire mobile app: Results from awaiting-list randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*. 29(11),1823-1834. <https://doi.org/10.1002/pon.5492>

Sun, J., Ge, L., Chunjuan, C., Yao, W., & Wang, X. (2023). Effects of resistance exercise in elderly cancer patients. *African Health Sciences*, 23(2),298-304. <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.34>

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute.

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª. Ed.). Edições Sílabo.

Weemaes, A.T.R., Beelen, M., Weijenberg, M.P., M. J. van Kuijk, S., & Lenssen, A.F. (2024). Effects of remote coaching following supervised exercise oncology rehabilitation on physical activity levels, physical fitness, and patient-reported outcomes: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(8), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01561-2>

World Health Organization ([2017]). *Rehabilitation 2030 Initiative*. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> -

[:~:text=The%20Rehabilitation%202030%20initiative%20draws%20attention%20to%20the,imp
ortance%20of%20strengthening%20health%20systems%20to%20provide%20rehabilitation.](#)

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance*. WHO. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/recomendacoes-af-oms_pt1.aspx