




FUNCIONALIDADE DO DOENTE ONCOLÓGICO INTERNADO EM CUIDADOS PALIATIVOS


The functionality of the cancer patient hospitalized in palliative care

AUTORES:


Sara Margarida Rodrigues Gomes¹
 <https://orcid.org/0000-0003-4599-7345>
Concetualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Software, Visualização, Redação do rascunho original e Redação – revisão e edição.

Paula Manuela Pires Marques Miguel Batista¹
 <https://orcid.org/0000-0003-3619-8576>
Investigação e Metodologia.

Marisa Isabel de Sousa Ferreira Rosete¹
 <https://orcid.org/0000-0002-3772-5000>
Concetualização, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original.

Maria Conceição Jasmins Pereira Lopes Santos¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9945-0180>
Concetualização, Administração do projeto, Recursos, Software, Redação do rascunho original.

Filipe Carreiro Gandum¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9687-2695>
Investigação e Metodologia.

Ângela Maria da Costa Marques¹
 <https://orcid.org/0000-0001-7241-0939>
Investigação e Metodologia.

¹ Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., Coimbra, Portugal

Autor/a de correspondência
Sara Gomes
saramgomes@gmail.com



RESUMO

Enquadramento: Os doentes referenciados para cuidados paliativos (CP) carecem da aplicação de instrumentos de avaliação, tais como o nível de funcionalidade. **Objetivo:** Identificar as características sociodemográficas e clínicas do doente internado e caracterizar a sua capacidade funcional. **Metodologia:** Estudo descritivo, longitudinal de adultos oncológicos internados em CP (n=53) de Março a Junho de 2022. Os instrumentos MIF®, ECOG® e PPS®, foram aplicados na admissão, no 14º dia de internamento e na alta. **Resultados:** Os 53 doentes avaliados apresentam uma idade média de 71 anos, sendo a maioria masculinos (64,2%) e com carcinomas gástricos (17,0%). Na admissão, os doentes que apresentam valores da MIF reduzidos, apresentam também valores de PPS e ECOG diminutos. Da admissão ao 14º dia, verifica-se um agravamento da funcionalidade. Nenhum doente obteve intervenção por parte do Enfermeiro de Reabilitação. **Conclusão:** Os resultados demonstram um decréscimo da funcionalidade, exigindo dos profissionais um acompanhamento contínuo e um reajuste do plano avançado de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Capacidade funcional.

ABSTRACT

Background: Patients referred for palliative care (PC) need the application of assessment instruments, such as the level of functionality. **Objective:** Identify the inpatient's sociodemographic and clinical characteristics and characterize their functional capacity. **Methodology:** A descriptive, longitudinal study of adult cancer patients in a CP unit (n=53) from March to June of 2022. The instruments FIM®, ECOG® and PPS® were applied at admission, on the 14th day of hospitalization and at discharge. **Results:** The 53 patients evaluated have an average age of 71 years, most of whom are male (64.2%) and have gastric carcinomas (17.0%). On admission, the patients who have reduced FIM values also have reduced PPS and ECOG values. From admission to the 14th day, there is a worsening of functionality. No patient received intervention from the Rehabilitation Nurse. **Conclusion:** The results demonstrate a decrease in functionality, requiring professionals to continuously monitor and readjust the advanced care plan.

KEYWORDS

Neoplasms; palliative care; nursing; functional capacity.

Introdução

A população mundial está a envelhecer, sendo previsível o aumento da prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis, bem como o incremento do número de pessoas com necessidades paliativas¹.

Sendo a doença oncológica considerada a segunda maior causa de morte a nível mundial² constata-se, também, uma mudança no que diz respeito ao local onde os doentes são cuidados. Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, a redução da família alargada, a massificação dos hospitais e os movimentos migratórios, o cuidado dos doentes crônicos e em fim de vida passou a ser assegurado, em grande parte, pelos profissionais de saúde em contexto hospitalar. Estas mudanças constituem um desafio, nomeadamente no que respeita à organização dos serviços de saúde e à distribuição dos recursos humanos, com vista à satisfação das necessidades das pessoas com doenças crônicas e das suas famílias³.

Neste contexto, definimos como objetivos deste estudo identificar as características sociodemográficas e clínicas da amostra, bem como caracterizar a capacidade funcional da pessoa em situação paliativa oncológica durante o internamento num serviço de cuidados paliativos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como “uma abordagem, que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, com recurso à identificação precoce, correta avaliação e tratamento da dor e de outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais.”⁴

Os cuidados paliativos têm como princípios fundamentais: acompanhar e confortar os doentes, adultos e pediátricos, ao longo da sua doença; o controlo sintomático; o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e/ou espiritual; a prestação de cuidados centrados na pessoa e seus familiares, de modo a otimizar a sua qualidade de vida, maximizando e preservando a sua dignidade; bem como o suporte psicológico, emocional e espiritual, através de uma comunicação eficaz e terapêutica; o cuidado à família, devendo esta, ser ativamente integrada nos cuidados prestados e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados durante a doença, durante o luto; o trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos; integrar e complementar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento de condições de saúde graves, crônicas, complexas ou limi-

tantes de vida em qualquer nível do sistema de saúde, permitindo assim, melhorar a continuidade dos cuidados; fortalecer os sistemas de saúde e promover a cobertura universal^{5,6}.

Face às diversas necessidades que os doentes oncológicos apresentam, a prestação de cuidados paliativos é estratificada em vários níveis que se distinguem entre si pela capacidade de responder a situações mais ou menos complexas e pela especialização e formação dos profissionais⁷. Torna-se, por isso, evidente que se recorra a um vasto conjunto de instrumentos de classificação e avaliação das capacidades da pessoa doente, tornando-se a pesquisa e investigação fundamental para atender às suas necessidades⁸.

Associado às doenças oncológicas, é comum ocorrer a perda progressiva da capacidade funcional, que afeta a independência nas tarefas do quotidiano e a autonomia dos indivíduos. A avaliação funcional é fundamental para a vigilância da evolução da doença, constituindo um elemento valioso na tomada de decisões, diagnóstico, prognóstico e prevenção de efeitos adversos associados ao declínio funcional, podendo ser avaliada por diversos instrumentos^{8,9}.

Questão de investigação: Qual a capacidade funcional do doente oncológico internado numa unidade de cuidados paliativos?

Metodologia

O desenho da investigação enquadra-se num estudo descritivo, longitudinal¹⁰, permitindo avaliar a evolução do *status* funcional do doente durante o internamento. Para a sua consecução foram considerados os seguintes instrumentos de recolha de dados:

- **MIF** (Medida de Independência Funcional), traduzida e validada por Laíns¹¹. Esta escala é a versão portuguesa da *Adult Functional Independence Measure - Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation*¹². Este instrumento de avaliação é um indicador de base da severidade da incapacidade e foca-se na realização das atividades de vida diárias de forma independente. Pretende avaliar o desempenho do doente em 18 tarefas, classificadas numa escala de 1 (dependência total) a 7 (independência total) pontos, que representam os níveis de dependência. A cotação total pode variar entre 18 e 126 pontos. A MIF apresenta as seguintes subescalas: autocuidados, controlo esfíncteriano, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social^{11,12}.

• **ECOG Performance Status** (*Eastern Cooperative Oncology Group*) – autores Oken, Creech, Tormey, Horton, Davis, McFadden e Carbone¹³, aplicada pela equipa médica do serviço na admissão do doente ao internamento, com vista a avaliar o estado de *performance* em doentes oncológicos, pontuando de 0 a 5.

• **PPS** (*Paliative Performance Scale*) – autores Anderson, Downing e Hill¹⁴ em validação pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos e aplicada pela equipa médica do serviço na admissão do doente ao internamento, com vista a avaliar a funcionalidade em doentes em situação paliativa, pontuando de 0 a 100%.

No momento de admissão foram aplicados os três instrumentos - MIF, EGOG e PPS. Posteriormente, a escala MIF foi aplicada em mais dois momentos, no 14º dia de internamento (data escolhida tendo em conta tempo médio de internamento dos doentes) e no momento da alta. Os restantes dados foram obtidos pela consulta dos registos eletrónicos médicos e de enfermagem do doente. Os dados foram recolhidos pelos elementos da equipa de investigação.

Como população-alvo, foram incluídos os doentes internados numa unidade de cuidados paliativos oncológicos durante o ano de 2022, sendo a amostra probabilística e simples, constituída por doentes internados num serviço de cuidados paliativos oncológicos da região centro entre 15/3/2022 e 30/6/2022.

No respeitante aos critérios de inclusão, foram envolvidos todos os doentes cuja previsão de internamento em cuidados paliativos fosse de, pelo menos, 14 dias (dado extraído do registo existente na proposta para cuidados paliativos). Excluíram-se doentes em últimos dias e horas de vida (dado extraído do registo existente na proposta para cuidados paliativos).

Todos os doentes que aceitaram participar assinaram um formulário de consentimento informado, que detalhava, de forma clara, a natureza e os objetivos do estudo. Nos casos em que não se encontraram reunidas as capacidades cognitivas necessárias ao seu consentimento, foram representados por um familiar. O formulário em causa foi anexo ao processo clínico dos doentes.

A análise e tratamento de dados foi realizada com recurso à estatística descritiva e ao Excel®.

A presente investigação foi avaliada e aprovada em março de 2022 pela Comissão de Ética e pelo Gabinete Coordenador de Investigação da respetiva instituição e conduzida de acordo com as boas práticas clínicas e de investigação científica, atendendo à Declaração de Helsínquia.

Resultados

Tal como evidenciado na Tabela 1, os 53 doentes avaliados apresentam uma idade média de 71 anos, sendo a maioria masculinos (64,2%).

A maioria dos doentes foram referenciados no ano de 2022 (66,0%).

Os serviços que mais referenciaram doentes foram a Oncologia Médica (60,4%), seguida das Especialidades Cirúrgicas, que incluem os serviços de Ginecologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Cabeça e Pescoço e Urologia (30,2%).

O diagnóstico oncológico mais antigo foi, em 1988, um melanoma, constatando-se que a maioria da amostra era constituída por diagnósticos recentes referente aos últimos dois anos, respetivamente com 15,1% em 2020, 30,2% em 2021 e 20,7% em 2022.

O carcinoma gástrico (17,0%) foi o diagnóstico mais frequente, seguido do carcinoma do pâncreas (13,2%), salientando-se o facto de numa grande percentagem da amostra, ter sido identificada pelo menos uma metástase (41,5%).

Os doentes com valores da MIF reduzidos, apresentam igualmente valores de PPS e ECOG reduzidos, à data de admissão na unidade de cuidados paliativos.

O valor médio na escala PPS é de 41,1, e na escala ECOG é de 3,3, o que significa que na admissão os doentes possuem entre 30-50% e 3-4 de performance, respetivamente.

Do total de avaliados (n=53), 33 doentes não atingiram os 14 dias de internamento, a maioria por motivo de óbito e os restantes por alta clínica.

Os 20 doentes reavaliados ao 14º dia apresentam uma MIF média de 55, o que traduz um agravamento da sua funcionalidade.

Os 19 doentes que permaneceram para lá dos 14 dias de internamento, no momento da alta tinham uma MIF média de 95, o que traduz alguma melhoria da sua funcionalidade.

Desde o momento de admissão até ao 14º dia de internamento, 14 doentes agravaram, 2 melhoraram e 4 mantiveram o valor pontuado na escala da MIF.

Do 14º dia até ao momento da alta clínica, 6 doentes melhoraram a sua funcionalidade, 3 mantiveram e os restantes 10 agravaram o valor pontuado na escala da MIF.

Nenhum doente foi proposto para intervenção por parte do enfermeiro de reabilitação.

Tabela 1. Instrumentos de recolha de dados utilizados e distribuição da amostra segundo a medida de independência funcional nos três momentos de avaliação (n=53).

		Admissão			14º dia de internamento			Alta clínica			
		n	%	média	n	%	média	n	%	média	
PPS	10%	4	7,55%	41,1							
	20%	3	5,66%								
	30%	13	24,53%								
	40%	10	18,87%								
	50%	15	28,30%								
	60%	3	5,66%								
	70%	4	7,55%								
	80%	1	1,89%								
ECOG	1	2	3,77%	3,3							
	2	4	7,55%								
	3	24	45,28%								
	4	23	43,40%								
MIF	18	3	5,66%	69	55	0	0,00%	1	1,89%	95	
	19-29	5	9,43%								
	30-40	9	16,98%								
	41-51	3	5,66%								
	52-62	8	15,09%								
	63-73	5	9,43%								
	74-84	5	9,43%								
	85-95	7	13,21%								
	96-106	2	3,77%								
	107-117	0	0,00%								
	118-125	2	3,77%								
	126	4	7,55%								
		0	0,00%								
	2	3,77%		6	11,32%		3	5,66%		2	3,77%
	2	3,77%		2	3,77%		2	3,77%		1	1,89%
	3	5,66%		3	5,66%		3	5,66%		1	1,89%
	3	5,66%		3	5,66%		1	1,89%		2	3,77%
	1	1,89%		1	1,89%		2	3,77%		2	3,77%
	2	3,77%		2	3,77%		0	0,00%		0	0,00%
	0	0,00%		0	0,00%		1	1,89%		1	1,89%
	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		1	1,89%
	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%		4	7,55%

PPS (Paliative Performance Scale); ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group); MIF (Medida de Independência Funcional)

Discussão

Os resultados obtidos e evidenciados na Tabela 1 são concordantes com a literatura consultada, demonstrando ser muito difícil dissociar a funcionalidade física de características sociais e das capacidades cognitivas, corroborando a necessidade de existirem equipas multiprofissionais em cuidados paliativos, onde a natureza do trabalho em equipa se adapta de acordo com as alterações de saúde do doente.^{15,16}

A implementação de instrumentos que permitam à equipa clínica formular um prognóstico de sobrevivência dos doentes oncológicos tem diversos benefícios: promove a capacitação do doente e da família na tomada de decisões sobre os objetivos do cuidar; incentiva à definição de um plano e preparação do fim de vida; permite às instituições uma melhor dotação dos recursos humanos consoante as necessidades identificadas.^{9,17}

Os resultados de uma revisão sistemática da literatura realizada em 2018 evidenciam que a PPS e a MIF são dois dos instrumentos comumente utilizados para avaliação da funcionalidade de idosos em cuidados paliativos¹⁸. A escala ECOG foi desenvolvida e validada para doentes oncológicos, bem como a PPS, sendo amplamente utilizadas em cuidados paliativos, embora os processos de validação não se encontrem ainda finalizados para português europeu^{9,13,14,18}, sendo uma das limitações identificadas. No que se refere à escala MIF, verificámos a ausência de estudos em que a sua validação tenha sido realizada em doentes paliativos, pelo que é uma das limitações identificada¹⁸.

Relativamente à funcionalidade, no caso do valor médio de PPS na admissão, este é concordante com um estudo realizado em 2015, em que a média dos doentes apresentavam um PPS superior a 30%¹⁹. Em relação ao

valor da ECOG, os doentes deste estudo encontravam-se com uma menor performance, relativamente a um estudo realizado em 2021²⁰, em que a maioria apresentava um ECOG entre 0 e 1, reforçando um histórico de internamentos tardios, em que os doentes apresentam elevados níveis de dependência.

A maioria dos doentes avaliados não atingiram os 14 dias de internamento, o que revela, nos casos de alta, que o motivo de internamento foi resolvido, sendo convergente com o estado da arte que estima uma média inferior a 15 dias de internamento em unidades de cuidados paliativos de agudos²¹. Por outro lado, quando o óbito ocorreu antes dos 14 dias de internamento, significa que foram admitidos doentes em situação de últimos dias de vida, fato que é amplamente reconhecido e está relacionado com a reduzida rede de suporte comunitário em cuidados paliativos, que não responde às necessidades de doentes e famílias no apoio ao morrer em casa, conduzindo à institucionalização e processo de morte que comumente ocorre no hospitais^{21,22}. Também houve situações em que os doentes foram transferidos para outras unidades, decisão justificável pela vontade do doente em estar mais próximo do local de residência.

Constatámos pelos resultados evidentes na Tabela 1 que, até ao 14º dia de internamento, houve um agravamento da funcionalidade, porém, desde este momento e até ao dia da alta, nove doentes mantiveram e alguns melhoraram a sua funcionalidade. Atribuímos este resultado ao controlo dos sintomas com intervenções farmacológicas e não farmacológicas (um dos pilares dos cuidados paliativos), uma vez que o controlo de dor, dispneia, fadiga, náuseas, vômitos, insónia, entre outros fatores, permite que o doente aumente a sua autonomia para a satisfação das necessidades fundamentais²³. Res salvamos que não houve, em nenhum momento, intervenção da área da reabilitação, pelo que não poderemos atribuir os resultados a esse fator.

Embora a promoção da qualidade de vida em cuidados paliativos seja uma premissa, perante os elevados níveis de incapacidade funcional dos doentes, as intervenções de reabilitação continuam a suscitar dúvidas⁸. De forma errónea, os seus objetivos podem parecer incompatíveis com a filosofia deste tipo de cuidados, informação que corrobora os resultados do presente estudo.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a enfermagem de reabilitação dirige-se a pessoas em todas as fases do ciclo vital, incluindo portadores de doenças crónicas, tendo como objetivo promover a maximização das suas capacidades funcionais, visando a maior quali-

dade de vida possível, intervenções que são convergentes com a filosofia dos cuidados paliativos²⁴.

Numa revisão integrativa da literatura⁸ entre 2009 e 2014, concluiu-se que há um número crescente de estudos que assegura que a reabilitação vai ao encontro de muitas das necessidades não satisfeitas de utentes em cuidados paliativos e, embora não elimine os danos causados pelas doenças, certamente pode atenuá-los. Neste contexto, as várias intervenções de reabilitação no doente paliativo em cuidados paliativos demonstraram benefícios na capacidade funcional, na qualidade de vida e nos sintomas do foro alimentar e respiratório, nomeadamente a dispneia, bem como no estado emocional e função cognitiva, contribuindo para a minimização da fadiga e para o bem-estar geral, variáveis que se integram na filosofia dos cuidados paliativos.^{25,26}

Para além das limitações anteriormente assinaladas, relacionadas com os instrumentos de colheita de dados, salientamos a dimensão da amostra e a generalização dos resultados.

Conclusão

A funcionalidade dos indivíduos deve ser alvo de vigilância e intervenção da equipa multidisciplinar em todas as fases da doença, incluindo em situações de internamento em cuidados paliativos.

No presente estudo, verificou-se que o grau de funcionalidade no momento de admissão era de moderada dependência, e que decresceu ao longo do internamento do doente, exigindo, em muitos casos, um persistente trabalho de equipa multiprofissional, e uma reformulação do plano inicial de cuidados e prolongamento do tempo de internamento, de forma a dar resposta às necessidades do doente e respetiva família.

Está comprovado na literatura que a existência de recursos humanos diferenciados na área da enfermagem de reabilitação é uma mais-valia na promoção da qualidade de vida do doente, pelo que deve ser considerada a sua integração na equipa multiprofissional, em geral e, nos cuidados paliativos, em particular.

Face à escassez de estudos publicados que identifiquem e caracterizem a capacidade funcional do doente oncológico internado em cuidados paliativos, consideramos de elevada pertinência a realização de estudos futuros que permitam dar resposta a estas questões, bem como outros que apurem se a intervenção do enfermeiro de reabilitação influencia a funcionalidade nestes doentes.

Entendemos que este estudo representa um contributo positivo e promotor da implementação de práticas

uniformes que visem a melhoria da qualidade dos cuidados paliativos prestados.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos doentes e familiares que se encontravam internados na unidade de cuidados paliativos durante a realização da colheita de dados, os quais colaboraram na concretização deste estudo. Agradecem igualmente ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., pela autorização fornecida para desenvolver o presente estudo.

Referências Bibliográficas

1. Arias-Casais N, et al. EAPC Atlas of Palliative Care In Europe. [Internet]. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/07/EAPC-Atlas-2019-final-web.pdf>.
2. WHO. World Health Organization Cancer. [Internet]. 2021. [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
3. Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2018. [citado 2022 Jun 10];73(4), 564-572. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx093>.
4. WHO. World Health Organization Palliative Care. [Internet]. 2020. [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
5. Radbruch L, et al. Redefining Palliative Care: a new consensus-based definition. *JPSM* [Internet]. 2020 [citado 2022 Nov 9];60(4):754-764. Disponível em: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2820%2930247-5>.
6. Amblàs J, Bauer R, Beas E, et al. Building integrated palliative care programs and services [Internet]. Catalonia: Gómez-Batiste X, Connor S; 2017 de Mai [citado 2022 Jun 10]. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>.
7. Observatório Português dos Cuidados Paliativos. Relatório de outono 2019: cobertura e caracterização das equipas e profissionais das equipas de cuidados paliativos. [Internet]. Lisboa: Instituto das Ciências da Saúde; 2019 Dez [citado 2022 Nov 9]. 41 p. Disponível em: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>.
8. Minosso J, Souza L, Oliveira M. Reabilitação em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2016 [citado 2022 Nov 9];25(3):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6NSCw7QqMkKYcLPmxdjbsG/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>.
9. Sanvezzo V, Montandon D, Esteves L. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Out 6];21(5): 627-638. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/BYbf3hT3tbyK9jF8flktFBK/abstract/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>.
10. Vilelas J. Investigação: o processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Edições Sílabo; 2018. 512 p.
11. Laíns J. Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica (SUDRM). Tradução autorizada pelo Uniform Data System for Medical Rehabilitation and The Center for Functional Assessment Research, State University of New York: Buffalo; 1991. 52p.
12. Ottenbacher K, Hsu Y, Granger C, Fiedler R. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys Med Rehabil*. [Internet]. 1996 [citado 2022 Out 6];77(12):1226-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8976303/>. DOI: 10.1016/s0003-9993(96)90184-7.
13. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E, Carbone P. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. [Internet]. 1982 [citado 2022 Out 6];5(6):649-655. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7165009/>. DOI: 10.1097/0000421-198212000-00014.
14. Anderson F, Downing G, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. [Internet]. 1996 [citado 2022 Out 6];12(1):5-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8857241/>.
15. Ribeiro C, Martinez M. Cuidados Paliativos: a importância do trabalho em equipa e aliança terapêutica. *Rev Port de Onco*. [Internet]. 2016 [citado 2022 Out 6];2(1):25-29. Disponível em: <https://docplayer.com.br/53453755-Cuidados-paliativos-a-importancia-do-trabalho-em-equipa-e-alianca-terapeutica.html>.
16. Kesonen P, Salminen L, Haavisto E. Patients and family members' perceptions of interprofessional teamwork in palliative care: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2022 [citado 2022 Out 6];31(17-18):2644-2653. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35001462/>. DOI:<https://doi.org/10.1111/jocn.16192>.
17. Myers J, Kim A, Flanagan J, Selby D. Palliative performance scale and survival among outpatients with advanced cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015 [citado 2022 Nov 9];23(4):913-918. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25228018/>. DOI:10.1007/s00520-014-2440-8.
18. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles K, Creber R. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature. *J Palliat Med*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 9];21(11):1651-1661. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30129809/>. DOI: 10.1089/jpm.2018.0141
19. Al Saleh K, Al Sayed N, Abd-El-Gawad W, Mostafa S, Mostafa M, Bedair A. Palliative performance scale differences between patients referred by specialized cancer center and general hospitals to the palliative care center in Kuwait. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2015. [citado 2022 Nov 9];33, no. 15_suppl. Disponível em https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2015.33.15_suppl.e20541.
20. Karaman E, Kasar K.S., Deniz K, Yıldırm Y. Symptoms, performance status and quality of life in cancer patients receiving palliative care. *Ege Journal of Medicine*. [Internet]. 2022. [citado 2022 Nov 9]; 61(1) 64-72. Disponível em: <http://egetipdergisi.com.tr/en/download/article-file/2301579>.
21. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2017-2018. [Internet]. Lisboa; 2017 [citado 2022 Set 9]. 42 p. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018.pdf>.
22. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022. [Internet]. Lisboa; 2021 [citado 2022 Set 9]. 60 p. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf.

23. Freire E. Guia Prático de Controlo Sintomático. 2º ed. Lisboa: NEMPAL; 2021. 204 p.
24. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015 Jun [citado 2022 Nov 9]. 6 p. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf.
25. Martins R, Cardoso R, Carvalho N, Batista S, Dinis A, Andrade A. Perceção dos enfermeiros de cuidados paliativos sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. NTQR [Internet]. 2020 Jul 7 [citado 2022 Nov 9];3:1-13. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/132>. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.1-13>.
26. Ribeiro C. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: perspectiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [dissertação de mestrado na internet]. Porto (Portugal): Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017 [citado a 2022 Nov 20]. 153 p. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovado pelo Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., parecer n.º [42/2021].

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.