



A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA, NO CONFORTO AO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Daniela Filipa dos Santos Domingos

Mestrado em Cuidados Paliativos

Dissertação

Professor Orientador: Professora Doutora Vanda Varela Pedrosa

Leiria

Março 2025



Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Vanda Varela Pedrosa, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à memória dos meus avós, Joaquim e Marília, mesmo não estando presentes fisicamente, estarão sempre vivos no meu coração e em tudo o que sou.

A vocês, que foram exemplo de força, sabedoria e amor incondicional, deixo a minha eterna gratidão. Os vossos ensinamentos e valores continuam a guiar os meus passos, e esta conquista é, em grande parte, fruto do legado que deixaram.

Gostaria de poder partilhar este momento ao vosso lado, mas tenho a certeza de que, de alguma forma, vocês estarão comigo cheios de orgulho de cada passo que dou. Esta vitória também é vossa.

Com todo o meu amor e saudade.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa não apenas o fim de uma jornada académica, mas também a reflexo do apoio de muitas pessoas ao longo do caminho.

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão à minha Orientadora, Professora Doutora Vanda Varela Pedrosa, pela sua orientação, paciência e incentivo constante. O seu Apoio, Conhecimento e Dedicção foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Rodrigo e aos meus familiares, agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio emocional e por acreditarem em mim, mesmo nos momentos de dúvida. Sem vocês e sem o vosso apoio incondicional, esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Aos colegas e amigos, em especial à Andreia, que estiverem sempre ao meu lado durante esta trajetória, sou imensamente grata pelas conversas, pelo companheirismo e pelo apoio nos momentos de desafio. Cada palavra de incentivo e cada momento partilhado tornaram esta jornada mais leve e significativa.

Agradeço também à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e a todos os professores que contribuíram para a minha formação académica, oferecendo conhecimento e inspiração ao longo dos anos.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Muito Obrigada!

RESUMO

Antecedentes/Objectivos: O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas desafiam os sistemas de saúde a adotar abordagens centradas na pessoa, especialmente nos Cuidados Paliativos, onde a gestão dos sintomas permanece limitada. A Fisioterapia desempenha um papel fundamental no alívio do desconforto, mas enfrenta uma integração inconsistente em Portugal devido à falta de reconhecimento. As variações nos métodos de intervenção dificultam a prestação uniforme de cuidados, limitando o acesso atempado dos doentes a tratamentos e conhecimentos centrados no conforto. Este estudo tem como objetivo aprofundar a compreensão do papel da fisioterapia nos CP portugueses para melhorar a sua integração nas equipas e melhorar o acesso dos doentes aos **métodos** de cuidados de conforto: O estudo utilizou uma abordagem qualitativa descritiva com Focus Groups online, guiado pela metodologia de Krueger e Casey e aderindo à lista de verificação COREQ. Foi selecionada uma amostra de conveniência não probabilística de fisioterapeutas que trabalham em cuidados paliativos em Portugal continental e ilhas e que cumpriam os critérios de inclusão. Foram planeados três GFs com um máximo de dez participantes cada; no entanto, devido a questões de disponibilidade e assiduidade, apenas 15 fisioterapeutas participaram: cinco no GF1 em unidades hospitalares de CP, seis no GF2 em unidades de internamento e quatro no GF3 - o número mínimo adequado de unidades baseadas na comunidade. **Resultados:** A fisioterapia desempenha um papel crucial, mas sub-reconhecido, nos cuidados paliativos, enfatizando a necessidade da sua total integração nas equipas de cuidados em vez de depender de referências tardias e de plantão. São utilizadas técnicas como o posicionamento, a mobilização, o alívio da dor e da dispneia, exercícios adaptados, massagem, musicoterapia e apoio emocional. Os instrumentos convencionais de fisioterapia são utilizados e personalizados de acordo com o contexto, a duração, o ambiente, a dosagem e as necessidades individuais do doente. **Conclusões:** A fisioterapia deve ser reconhecida como uma parte fundamental dos cuidados paliativos, ajudando não só a prolongar a vida, mas também a assegurar o conforto e a dignidade dos doentes e das suas famílias. Para tal, o seu papel nas equipas multidisciplinares deve ser reforçado, apoiado por regulamentação que garanta o acesso e a integração formal dos fisioterapeutas. No entanto, existe ainda uma lacuna significativa no acesso regular dos doentes a intervenções centradas no conforto e no momento certo, talvez pelo facto de a intervenção da fisioterapia variar muito em função do doente e do contexto de prestação de cuidados, o que constitui um desafio para o conhecimento, tanto em Portugal como a nível mundial.

Palavras-chave: Fisioterapia; Cuidados Paliativos; Conforto; Integração da Equipa Multidisciplinar

ABSTRACT

Background/Objectives: Population aging and the rise of chronic diseases challenge healthcare systems to adopt person-centered approaches, especially in Palliative Care, where symptom management remains limited. Physiotherapy plays a key role in alleviating discomfort but faces inconsistent integration in Portugal due to lack of recognition. Variations in intervention methods hinder uniform care delivery, limiting timely patient access to comfort-focused treatments and knowledge. This study aims to deepen understanding of physiotherapy's role in Portuguese PC to improve its integration into teams and enhance patient access to comfort care **Methods:** The study used a descriptive qualitative approach with online Focus Groups, guided by Krueger and Casey's methodology and adhering to the COREQ checklist. A non-probabilistic convenience sample of physiotherapists working in palliative care across mainland Portugal and the islands, that met inclusion criteria. Three FGs were planned with up to ten participants each; however, due to availability and attendance issues, only 15 physiotherapists participated: five in FG1-in-hospital PC units, six in FG2-inpatient units, and four in FG3—the minimum appropriate number from community-based units. **Results:** Physiotherapy plays a crucial yet underrecognized role in palliative care, emphasizing the need for its full integration into care teams rather than reliance on late, on-call referrals. Techniques such as positioning, mobilization, pain and dyspnea relief, adapted exercises, massage, music therapy, and emotional support are employed. Conventional physiotherapy tools are used and personalized to the patient's context, duration, setting, dosage, and individual needs. **Conclusions:** Physiotherapy should be recognized as a fundamental part of palliative care, helping not only to prolong life but also to ensure comfort and dignity for patients and their families. To achieve this, its role within multidisciplinary teams must be strengthened, supported by regulations that guarantee access and the formal integration of physiotherapists. However, there is still a significant gap in patients' regular access to comfort-focused interventions at the right time, maybe just because physiotherapy intervention varies a lot according to the patient and care setting, posing a challenge for knowledge both in Portugal and globally.

Keywords: Physiotherapy; Palliative Care; Comfort; Multidisciplinary Team Integration

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CP – Cuidados Paliativos

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

FG – *Focus Group*

IH – Intra-Hospitalar

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC– *Paliative Care* (Cuidados Paliativos em inglês)

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RAA – Região Autónoma dos Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

RRCP – Rede Regional de Cuidados Paliativos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

| | |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. Materiais e Métodos..... | 13 |
| 2.1. DESENHO DO ESTUDO | 13 |
| 2.2. SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DA AMOSTRA | 13 |
| 2.3. RECOLHA DE DADOS | 14 |
| 2.4. ÉTICA | 15 |
| 2.5. ANÁLISE DE DADOS | 15 |
| 2.6. RIGOR NA INVESTIGAÇÃO | 16 |
| 3. Resultados | 16 |
| 2.7. 3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA | 16 |
| 3.2. TEMAS E SUBTEMAS | 18 |
| 3.2.1. DESAFIOS | 19 |
| 3.2.3. SINAIS E SINTOMAS..... | 23 |
| 3.2.4. FAMÍLIA E PRESTADORES DE CUIDADOS | 25 |
| 3.2.5. TÉCNICAS | 26 |
| 3.2.6. EQUIPAMENTOS/MATERIAIS | 31 |
| 3.2.7. FORMATO/DOSAGEM | 33 |
| 3. DISCUSSÃO..... | 34 |
| 4.1. FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 38 |
| 4.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO | 38 |
| 4. Conclusões..... | 39 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| APÊNDICES..... | 47 |
| APÊNDICE I- Checklist COREQ | 48 |
| Apêndice II- Guião de Entrevista Semiestruturada | 54 |
| Apêndice III- ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO | 55 |

1. INTRODUÇÃO

Os progressos da ciência e da tecnologia aumentaram a esperança média de vida e contribuíram para o envelhecimento da população mundial, conduzindo a um aumento de doenças crónicas e incapacidades. Esta tendência desafia os sistemas de saúde a adotarem abordagens multidimensionais e centradas na pessoa, em especial nos cuidados em fim de vida, onde o acesso a uma gestão eficaz dos sintomas continua a ser limitado (Peeler et al., 2024).

Os Cuidados Paliativos (CP) são essenciais para garantir a qualidade de vida e a dignidade do doente com doença avançada, tanto no contexto mundial como no português. Neste cenário, as intervenções não farmacológicas, especialmente as realizadas por fisioterapeutas, têm vindo a ganhar um reconhecimento crescente a nível internacional, desempenhando um papel valioso no alívio do desconforto, na melhoria da função e no apoio aos doentes e famílias, com base numa abordagem interdisciplinar e humana que aborda os sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais de uma forma compassiva (Brennan et al., 2023; Coelho et al., 2016, 2017; Ruíz-Fernández et al., 2021; Voumard et al., 2018). Os cuidados centrados no conforto através de intervenções não farmacológicas são particularmente valiosos para os indivíduos que enfrentam doenças graves, incuráveis e progressivas com prognósticos limitados e ameaçadores da vida. O conforto é uma resposta holística de satisfação das necessidades - quer seja ativa, passiva ou colaborativa - e engloba três tipos: alívio, facilidade e transcendência. Estes são experimentados nas quatro dimensões humanas: física, psicossocial, ambiental e espiritual, apoiando um estado de bem-estar especificamente promovido por este tipo de cuidados, de acordo com Boudiab e Kolcaba (Silva et al., 2020; Twycross, 2003). Isto é muito valioso nos cuidados paliativos especializados, onde o conforto oferece aos doentes e às famílias uma experiência de bem-estar multidimensional (Coelho et al., 2017; Gomes Cruz et al., 2014; R. S. Silva et al., 2020; Twycross, 2003; World Health Organization, 2023).

Relativamente às equipas especializadas disponíveis em Portugal, podemos verificar que, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) do Continente, estas estão estruturadas na Rede Nacional de Cuidados Paliativos em diferentes unidades: Unidades de Cuidados Intra-Hospitalares; Unidades de Internamento de Paliativos e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (Sistema Nacional de Saúde, 2021). Nas regiões autónomas, os CP estão organizados de forma diferente. Na Madeira, os CP estão integrados na Rede Regional de Cuidados Paliativos (Governo Regional da Madeira, 2022). Nos Açores fazem parte da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (Moura & Diogo Vogal, 2014).

No continente e nas regiões autónomas, as unidades de cuidados intra-hospitalares, localizadas no interior dos hospitais, prestam cuidados a doentes em fase avançada ou aguda de doenças graves, como o cancro, perturbações neurológicas, doenças respiratórias crónicas, insuficiência renal ou falência de múltiplos órgãos. Estas unidades oferecem uma monitorização contínua e intervenções a longo prazo centradas na melhoria da qualidade de vida ao longo da evolução da doença, incluindo os cuidados em fim de vida (Coelho et al., 2016; Dahlin & Heiwe, 2009; Gomes Cruz et al., 2014). Nestas unidades, os fisioterapeutas começam por se integrar nos cuidados hospitalares gerais antes de se juntarem às equipas paliativas, concentrando-se no alívio dos sintomas e na mobilidade. As principais estratégias incluem cuidados personalizados, prevenção precoce, gestão de sintomas e colaboração com os médicos, apesar das limitações de tempo e recursos (Dahlin & Heiwe, 2009; Gomes Cruz et al., 2014; Miller & Roberts, 2023). As Unidades de Cuidados Paliativos prestam CP numa instituição (na comunidade local) a indivíduos com doenças avançadas, incuráveis ou angustiantes, com o objetivo de promover a melhor qualidade de vida possível, independentemente do tempo de vida restante, para os indivíduos que necessitam de CP. Nestas unidades, a fisioterapia é integrada de forma flexível, permitindo cuidados individualizados e centrados na função, no âmbito de uma equipa interdisciplinar. Inclui a gestão dos sintomas, a mobilização, o posicionamento, os exercícios e o apoio psicossocial. Persistem desafios, como a demora na referência e a falta de profissionais formados. As principais estratégias envolvem formação, cuidados personalizados e envolvimento dos prestadores de cuidados para a continuidade pós-alta (Dahlin & Heiwe, 2009; Gomes Cruz et al., 2014; Miller & Roberts, 2023). As unidades comunitárias prestam cuidados no domicílio dos doentes, com o objetivo de os manter em ambientes familiares. Os doentes geralmente têm mais autonomia do que nas unidades de internamento, mas ainda experimentam limitações significativas relacionadas com a doença, geralmente a longo prazo, com foco no controlo dos sintomas e na manutenção da qualidade de vida. Nos cuidados comunitários, a fisioterapia enfrenta desafios de comunicação, mas permite uma maior autonomia e intervenções individualizadas centradas no alívio dos sintomas, no apoio holístico e no envolvimento ativo da família para assegurar a continuidade dos cuidados (Dahlin & Heiwe, 2009; Gomes Cruz et al., 2014; Silva et al., 2022).

Compreendendo o contexto especializado das unidades de CP em todo o mundo e particularmente em Portugal, é evidente que a Fisioterapia detém potencial para ter um impacto significativo em múltiplas fases da CP, ao longo de todo o curso da doença, apoiada por um plano de cuidados personalizado (Brennan et al., 2023; Morrison, 2019; Navarro-Meléndez et al., 2023; Vanessa & Almeida, 2024). Os fisioterapeutas podem utilizar uma variedade de técnicas terapêuticas que provaram ser eficazes no tratamento de doentes com necessidades paliativas: a massagem manual reduz a ansiedade, a dor e

as necessidades de medicação; o exercício terapêutico ajuda a gerir a fadiga, o humor, a dor, a independência e a sobrecarga do prestador de cuidados. A musicoterapia, a hidroterapia e os exercícios com bolas terapêuticas promovem o relaxamento e a redução do stress. Abordagens integrativas como a acupunctura, a aromaterapia e a atenção plena aliviam a dor, a ansiedade e a depressão. As tecnologias de apoio, as aplicações de saúde e a realidade virtual, também melhoram o bem-estar em CP (Cobbe & Kennedy, 2012; Høgdal, 2024; Jones & Roberts, 2023; Lee e Chen 2023; Navarro-Meléndez et al., 2023; Wilson et al., 2022). Os profissionais estão realmente focados no alívio de sintomas angustiantes, como a dor e a dispneia, preservando o máximo de autonomia possível e prestando cuidados compassivos que respeitem os limites e as necessidades individuais. No domínio respiratório, o objetivo é aliviar a sensação de falta de ar e aumentar o conforto através de técnicas suaves de higiene brônquica e exercícios ligeiros, centrados nos prestadores de cuidados e nas equipas, assegurando cuidados compassivos (Almeida & Sousa, 2023; Coelho et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Silva et al., 2020).

Mas, noutros países, estes profissionais ainda não estão formalmente incorporados no quadro estratégico dos CP, no que diz respeito à composição das equipas, em todas as equipas especializadas, a integração permanece inconsistente, e os papéis dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são frequentemente subvalorizados (Coelho et al., 2017). A sua inclusão continua a depender da disponibilidade das equipas, o que difere do que se verifica noutros países da região europeia, onde a integração é real (Cherny et al., 2015). A este respeito, alguns dos desafios enfrentados pelos profissionais são: a falta de reconhecimento do papel do fisioterapeuta, dificuldades na referenciação precoce, a ausência de protocolos padronizados que permitam a comparação, dada a variabilidade dos métodos e avaliações utilizados, uma maior necessidade de investimento na educação, investigação e políticas baseadas em práticas comprovadas (Coelho et al., 2016; Rodrigues & Ferreira, 2023; Romero-Ortuño et al., 2021; Ruíz-Fernández et al., 2021; Santos & Pereira, 2022; R. S. Silva et al., 2020). Outros desafios incluem a considerável variabilidade das intervenções no que respeita à sua estrutura, técnicas, frequência e duração. Uma compreensão aprofundada destas variações é essencial para o avanço da concetualização e da prestação de cuidados (Lee & Chen, 2023; Mota et al., 2021; Santos & Pereira, 2022).

Neste cenário, há ainda um longo caminho a percorrer até que os doentes, tanto a nível internacional como no contexto português, possam beneficiar consistentemente destas intervenções de conforto, no momento e local certos (Cherny et al., 2015; Gomes Cruz et al., 2014; Lourenço et al., 2021; Martins & Silva, 2023; Thompson & Lee, 2023; Vanessa & Almeida, 2024). Desta forma, esperamos contribuir para uma compreensão mais profunda de como melhorar a integração e a prática clínica dos

fisioterapeutas nas unidades de CP, o que conseqüentemente pode também melhorar o acesso dos doentes a intervenções focadas no conforto em pontos apropriados ao longo da trajetória da doença. Assim, esperamos contribuir para uma melhor compreensão do papel do fisioterapeuta na promoção do conforto no contexto português de CP, na perspetiva dos profissionais, através de: (a) desenvolver conhecimentos sobre o papel da fisioterapia na promoção do conforto nas unidades de CP e (b) explorar as perceções e experiências relativas ao seu papel na promoção do conforto nas unidades de CP. Isto pode servir como uma mais-valia no contexto nacional e oferecer uma visão dos contextos internacionais, dada a variabilidade global na forma como os CP são prestados.

2. Materiais e Métodos

2.1. DESENHO DO ESTUDO

O estudo descritivo com abordagem qualitativa, envolveu a realização de *Focus Groups* (FG) *online*, desenhados de acordo com a estrutura metodológica de Krueger e Casey (Krueger & Casey, 2015). Os grupos focais são uma técnica qualitativa de recolha de dados que envolve a reunião de um pequeno grupo de pessoas para discutir um tema específico, sob a mediação de um moderador. O objetivo principal é explorar perceções, atitudes, experiências e ideias dos participantes, com base na interação entre eles. (Krueger & Casey, 2015) A opção de realizar o FG online foi escolhida porque tem vindo a revelar algumas vantagens, tais como: possibilidade de participar a partir de casa sem necessidade de se deslocar; horários flexíveis permitindo agendar para uma data e hora possível para todos; participantes encontram-se mais relaxados e por isso mais envolvidos na discussão e a possibilidade de os participantes serem de qualquer localização geográfica (Dos Santos Marques et al., 2021; Lander et al., 2023).

A lista de verificação de critérios COREQ, usada na construção do documento foi seguida (Tong et al., 2007). (APÊNDICE I)

2.2. SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DA AMOSTRA

Foram realizados três FG, com 15 fisioterapeutas (cinco no primeiro grupo, seis no segundo grupo e quatro no terceiro grupo) de entre 21 potenciais fisioterapeutas que se mostraram disponíveis e cumpriam os critérios de inclusão. É geralmente aceite que entre quatro e doze participantes são suficientes para cada FG (Krueger & Casey, 2015; Stalmeijer et al., 2014). Os participantes foram divididos de acordo com disponibilidade, de entre profissionais com acesso à *internet*; com pelo menos

dois anos de experiência profissional e pelo menos um ano de experiência na prestação de CP em colaboração com unidades intra-hospitalares, de internamento e comunitárias (Martins & Silva, 2023; Thompson & Lee, 2023; Vanessa & Almeida, 2024).

Foram excluídos os participantes que não tinham acesso a nenhum dispositivo eletrónico para participar da entrevista online, via escolhida devido à dispersão geográfica dos profissionais e a flexibilização de agenda, aspetos que vieram reforçar a necessidade de condução dos grupos focais no formato virtual (Dos Santos Marques et al., 2021; Lander et al., 2023).

Os participantes foram recrutados através das páginas de Facebook dos grupos de interesse de Fisioterapia e de Fisioterapia em Cuidados Continuados e Paliativos e foi pedida a colaboração dos participantes na partilha entre os pares, criando uma amostra não probabilística por conveniência com técnica de amostragem *snowball*.

2.3. RECOLHA DE DADOS

As sessões FG online decorreram em 2 meses (dezembro de 2024 e janeiro de 2025) utilizando a aplicação de videoconferência Zoom, sendo que cada sessão teve uma duração aproximada de 60 minutos cada. Antes de cada FG, os participantes preencheram um pequeno questionário com algumas variáveis sociodemográficas. Durante a recolha de dados, todos os participantes tiveram as câmaras de vídeo e áudio ativadas, informação negociada antes do início de cada grupo. Essa diretriz foi acordada previamente a cada grupo focal. As sessões foram gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas para uma análise mais eficaz do conteúdo discutido e das respostas fornecidas. As sessões começaram com a apresentação de vinheta sobre conforto, a definição utilizada foi a seguinte:

“O conforto pode ser definido como uma condição vivenciada pelas pessoas que recebem medidas nesse sentido. Pode ser caracterizado como uma experiência imediata e holística de satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) de necessidades em três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - nas quatro dimensões da experiência humana (física, psicoespiritual, ambiental e social)” (Kolcaba, 2015).

Os dados foram recolhidos utilizando um guião de entrevista semiestruturada com questões abertas, o que nos permitiu conhecer melhor os pontos de vista dos participantes e obter uma ideia mais explícita das suas perceções e experiências (Apêndice II) O guião de entrevista foi desenvolvido

com base na literatura anterior, bem como a experiência prática dos autores no tema de investigação (Coelho et al., 2017).

2.4. ÉTICA

O estudo foi realizado seguindo a Declaração de Helsínquia e aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria (CE/IPLEIRIA/92/2024, aprovado em 07 de outubro de 2024). O consentimento informado foi obtido de cada participante antes de participar no FG. O moderador explicou detalhadamente o objetivo do estudo e o direito dos participantes a confidencialidade e anonimato. O software de videoconferência Zoom permitiu a encriptação de todas as sessões do FG. Além disso, foi respeitado o regulamento de proteção de dados, os áudios gravados serão destruídos após término do estudo e, foram encriptados num dispositivo com password, apenas com acesso por parte das investigadoras.

2.5. ANÁLISE DE DADOS

O conteúdo das respostas foi analisado através da metodologia de análise temática reflexiva de Braun e Clarke, em consonância com o objetivo do presente estudo (Braun & Clarke, 2006). Nesta abordagem justificou-se o uso de uma análise predominantemente, indutivo método *bottom-up* para explicar os temas, e permitiu destacar semelhanças e diferenças, bem como, sistematizar percepções inesperadas (Braun & Clarke, 2006).

Todas as entrevistas do FG foram importadas e transcritas no software de análise qualitativa MAXQDA (VERBI Software 2024, Berlim, Alemanha) para gestão de dados.

Segundo Braun & Clark (2006), a análise temática compreende seis etapas. A primeira é a familiarização com os dados através da leitura de todas as transcrições. A segunda passo diz respeito a geração de códigos. A leitura das transcrições permitiu que a informação relevante fosse agrupada em códigos. Na terceira etapa, os códigos foram categorizados em temas relacionados com o conforto no que à intervenção da fisioterapia diz respeito. A revisão dos temas (quarta etapa) permitiu a verificação de todos os códigos e do conjunto de dados. Na quinta etapa, os tópicos foram definidos e nomeados, produzindo a árvore temática final. Finalmente (sexta etapa) foi utilizada uma revisão temática para ajudar a redigir o relatório.

A codificação dos dados foi realizada por dois (co)investigadores. O investigador principal (D.D.) codificou todas as transcrições, que foram posteriormente codificadas de forma independente por co-

investigadores com formação científica e competência em processamento de dados (V.P. e A.Q.). Em casos de divergências na codificação foi obtido o consenso. A verificação regular e cruzada entre os coautores garante que os códigos não refletem interpretação de uma pessoa apenas. Todos os autores participaram na verificação e refinamento dos temas e domínios.

Os extratos do corpus de análise do discurso dos participantes foram numerados de acordo com o do FG em que participaram considerando, a equipa de afetação (intra-hospitalar-IH, Internamento-I ou comunidade-C), o sexo (XX/XY) e, o atribuído ao participante no grupo (Braun & Clarke, 2006).

2.6. RIGOR NA INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação foi composta por três investigadores: o investigador principal (estudante de mestrado) e dois co-investigadores (doutorados), ambos com experiência anterior na condução de entrevistas focais e investigação qualitativa. Um dos co-investigadores atuou como secretário da sessão durante as entrevistas focais.

O estudante foi informado pela equipa de investigação sobre os objetivos e a finalidade do estudo, colaborando e tomando decisões em conjunto ao longo do processo.

As entrevistas foram totalmente transcritas e identificadas. A equipa de investigação participou em discussões contínuas sobre a recolha de dados, saturação e os resultados emergentes ao longo do processo. A investigadora principal (D.D.) é uma fisioterapeuta que trabalha em PL e Cuidados Continuados e tem experiência prática com pessoas com necessidades de CP.

Os outros investigadores têm competência na realização de investigação na área dos cuidados paliativos, bem como proficiência em inquéritos qualitativos (A.Q. e V.V.P.). V.V.P. é terapeuta ocupacional e professora associada com experiência e prática em contextos de reabilitação. Estas experiências variadas enriqueceram a compreensão do material e mitigaram quaisquer potenciais enviesamentos.

3. RESULTADOS

2.7. 3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Dos 15 participantes, 12 são mulheres, com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, estando a maioria entre os 31 e os 50 anos. Os participantes estão localizados em seis regiões do país

(incluindo Açores), sendo que, a maioria exerce a sua atividade profissional no distrito de Lisboa. Todos apresentavam pelo menos um ano ou mais de experiência na prestação de CP, a maioria (entre 1 e 5 anos). A maioria dos participantes (12 participantes) detém formação avançada em CP.

O tempo semanal que cada Fisioterapeuta dá à equipa de CP onde desenvolve a sua atividade é maioritariamente (até dez horas semana), sensivelmente um terço do horário semanal de 35 horas (em média). Apenas alguns profissionais fazem mais do que dez horas e apenas um indicou estar mais do que 21 horas por semana a colaborar com equipas de CP. Foi possível integrar no estudo fisioterapeutas que colaboram com as equipas via vertente pública e outros que exercem via vertente privada do Sistema de Saúde, disso exemplo alguns profissionais que cooperam com as equipas comunitárias de suporte em CP.

No que diz respeito aos profissionais que integram a Equipa de CP onde os Fisioterapeutas colaboram, a maioria são constituídas por profissionais da área médica e de enfermagem. Seguem-se as áreas de Serviço Social, Psicologia, Dietética e Nutrição, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala. Na comunidade é possível encontrar nas equipas, profissionais das áreas: Musicoterapeuta e Terapeuta de Medicinas Complementares. Em todas as tipologias de unidade encontrámos a figura do Assistente Espiritual (Tabela 1).

Tabela 1 Características sociodemográficas da Amostra

| Variáveis | | n | | |
|-----------------------|------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | | GF 1 <i>Intra hospitalar</i> | GF 2 <i>Internamento</i> | GF 3 <i>Comunidade</i> |
| Género | Feminino | 2 | 6 | 4 |
| | Masculino | 3 | 0 | 0 |
| Idade (anos) | 25-30 | 1 | 0 | 2 |
| | 31-40 | 3 | 4 | 0 |
| | 41-50 | 1 | 2 | 1 |
| | 51-60 | 0 | 0 | 1 |
| Distrito | Açores | 2 | 0 | 0 |
| | Guarda | 0 | 2 | 0 |
| | Lisboa | 2 | 2 | 4 |
| | Porto | 0 | 1 | 0 |
| | Santarém | 1 | 1 | 0 |
| Experiência CP (anos) | 1-5 | 3 | 1 | 2 |
| | 6-10 | 1 | 2 | 2 |
| | 11-15 | 0 | 2 | 0 |
| | 16-20 | 1 | 0 | 0 |
| Formação avançada CP | Sim | 2 | 6 | 4 |
| | Não | 3 | 0 | 0 |
| | 0-10 | 4 | 5 | 2 |

| | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---|---|---|
| Nº Horas semanais CP | 11-20 | 1 | 1 | 1 |
| | 21-30 | 0 | 0 | 1 |
| Profissionais que Integram a Equipa de CP | Médico | 5 | 6 | 3 |
| | Enfermeiro | 5 | 6 | 3 |
| | Assistente Social | 3 | 5 | 3 |
| | Psicólogo | 3 | 6 | 3 |
| | Fisioterapeuta | 3 | 6 | 4 |
| | Terapeuta Ocupacional | 2 | 4 | 3 |
| | Terapeuta da Fala | 2 | 3 | 2 |
| | Nutricionista | 2 | 5 | 2 |
| | Assistente Espiritual | 2 | 2 | 2 |
| | Musicoterapeuta e Terapeuta de Medicinas Complementares | 0 | 0 | 1 |

3.2. TEMAS E SUBTEMAS

Os dados foram organizados em oito temas, divididos por subtemas e respetivos códigos (Quadro 1).

Quadro 1-Temas, Subtemas e respetivos Códigos

| Temas | Subtemas | Descrição de cada Tema |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desafios | Barreiras pessoais | O tema "desafios" está relacionado com as barreiras enfrentadas pelos profissionais. As principais barreiras estão relacionadas com o conhecimento e a formação, a resistência cultural e a subestimação do papel da fisioterapia dificultam a sua aceitação e utilização, a fraca integração dos cuidados de saúde e dos serviços. Uma ausência de políticas públicas e financeiras de apoio. |
| | Barreiras organizacionais | |
| | Barreiras do sistema de saúde | |
| | Obstáculos financeiros e políticos | |
| Doenças | Oncológico | O tema "doenças" e os respetivos "subtemas" abrangem a diversidade de doenças tratadas nas unidades de CP |
| | Não oncológico | |
| Sinais e sintomas | Digestivo | O tema "sinais e sintomas" e respetivos subtemas englobam os principais sintomas que requerem intervenção nas várias unidades de cuidados paliativos onde os fisioterapeutas contribuem para o conforto do doente, nomeadamente |
| | Respiratório | |
| | Psicológico | |
| | Físico | |
| | Outros | |
| Família e prestadores de cuidados | Colaboração | O tema "Família e prestadores de cuidados" está relacionado com o papel vital da fisioterapia nas unidades de CP. |
| | Integração | |
| | Pedidos | |
| Técnicas | Gestão da dor e da mobilidade | |

| | | |
|--------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Alívio da dispneia e reabilitação respiratória | O tema "Técnicas" está relacionado com as técnicas associadas ao alívio de sinais e sintomas. |
| | Manutenção da função e da autonomia | |
| | Promoção do bem-estar e do conforto geral | |
| Equipamentos e materiais | Mobilidade e exercício | O tema 'equipamentos e materiais' está relacionado com todos os que são utilizados na intervenção em conforto pelos fisioterapeutas, de acordo com o tipo de técnica ou utilização a que se referem. |
| | Posicionamento | |
| | Terapias respiratórias e monitorização | |
| | Eletroterapia e Termoterapia | |
| | Terapias complementares | |
| Formato | Definição | O tema "formato" está relacionado com o formato em que os intervenientes na fisioterapia de conforto são prestados. |
| | Frequência | |
| | Duração | |
| | Dosagem | |

3.2.1. DESAFIOS

Analisando os dados, sete temas foram conectados à intervenção da fisioterapia no conforto em CP. O primeiro é sobre os **Desafios** que os Fisioterapeutas enfrentam.

De entre as barreiras indicadas no contexto Intra-Hospitalar sobressaem as barreiras pessoais, sobretudo a falta de conhecimento de muitos profissionais de saúde e das equipas acerca do papel da fisioterapia nos CP, levando a subutilização. Dadas as possibilidades que o trabalho do Fisioterapeuta no conforto em CP possibilita, o sucesso da sua atuação depende da articulação com a equipa e família, ajustando sempre a situação clínica.

“O desafio é integrar a fisioterapia no plano hospitalar. Muitos veem o nosso papel apenas na reabilitação, não no alívio de sintomas, no conforto” (FGIH-XY-4).

“Uma barreira é os profissionais não conhecerem os benefícios que a fisioterapia proporciona ao doente e família, precisamos de construir conhecimento” (FGIH-XY-5).

Outra barreira pessoal passa pela resistência cultural que contribui para o desconhecimento sobre os CP. É necessário desmistificar o que é um doente paliativo e que tipo de atuação pode ter o Fisioterapeuta pois, quer nas equipas, quer entre os fisioterapeutas parece subsistir a ideia de que, em CP não existe muita coisa a oferecer ao doente.

“Temos de desmistificar entre nós, fisioterapeutas, a ideia de quem é um doente paliativo. Balançar entre o pensamento não há muito a fazer ou fazer-se uma mobilização é o melhor, é preciso eu procurar conhecimento. A ideia do não há nada a fazer é errada, mas existe nas equipas e entre fisioterapeutas” (FGHI-XX-7).

Outro tipo de barreiras financeiras e políticas, são a inexistência de diretrizes governamentais que permitam a inclusão da fisioterapia nos CP. Ou seja, existe uma ausência de políticas públicas que autorizem a integração plena nas equipas interdisciplinares de CP.

“Temos a barreira (...) de não estarmos integrados na equipa da mesma forma que as outras classes profissionais” (FGIH-XY-5).

Consequentemente, aquelas barreiras supra-indicadas conduzem a barreiras organizacionais já que, a fisioterapia ainda não é considerada uma parte essencial dos CP o que, dificulta tanto o financiamento como o acesso, notoriamente pela falta de integração no sistema de saúde. Disso exemplo, o acesso do doente à fisioterapia em CP ser efetivado após um pedido médico, um procedimento instituído, mas que, e quando associado ao desconhecimento dos benefícios da fisioterapia em tempo útil pode restringir a referenciação.

“Nós só podemos avançar para uma intervenção no doente se houver pedido médico. (...) Por essa razão, se o fisioterapeuta estivesse integrado na equipa intra-hospitalar seria mais benéfico ao doente pois, quando o fisioterapeuta intervém pontualmente, não permite o acompanhamento e monitorização do doente” (FGIH-XY-4).

Foram igualmente indicadas as barreiras do sistema de saúde, nomeadamente a formação insuficiente já que, a maioria dos cursos de fisioterapia não inclui disciplinas sobre CP, limitando a qualificação dos profissionais. Mesmo no nível avançado, ainda referem ser em número reduzido de profissionais, o que se traduz num baixo número de fisioterapeutas especializados.

“Devemos trabalhar para pertencer à equipa de CP, mas é importante a formação adequada no curso base e na formação avançada, faz toda a diferença” (FGHI-XX-7).

Nas unidades de internamento dos CP, as barreiras pessoais traduzem-se em falta de conhecimento pois, muitos profissionais de saúde desconhecem o papel da fisioterapia nos CP, levando à subutilização. Esta escassez de literacia condiciona a atuação do fisioterapeuta uma vez que, a restante equipa não reconhece os benefícios da profissão no controlo de sintomas e naturalmente no conforto. Outra barreira pessoal deve-se à resistência cultural acerca da visão que, os CP se limitam

ao fim da vida, levando a uma referenciação tardia para a fisioterapia. A carência de literacia em CP das equipas de saúde tem um forte impacto na sinalização do doente.

“(…) O grande problema está na falta de literacia que os próprios profissionais de saúde têm, CP não é fim de vida, não fazem ideia como é que funciona, dos benefícios (…) Existe um grande problema de literacia na comunidade clínica” (FGI-XX-6).

Outra barreira mencionada no internamento prende-se a barreiras organizacionais, pela falta de integração no sistema de saúde pois, a fisioterapia não é considerada uma parte essencial dos CP, dificultando tanto financiamento como acesso. Reforçando o supra-indicado, a referenciação do doente é feita tardiamente, num quadro de descontrolo sintomático, não tendo o doente as condições mínimas necessárias para realizar fisioterapia simplesmente porque não adequado ou não é o momento mais adequado.

“(…) Infelizmente ainda há muitos doentes que são referenciados tardiamente e chegam à unidade nos últimos dias (…) pode-se intervir no fim de vida, mas, o ideal é que, comece mais cedo. Quando chegam numa fase muito avançada é difícil com dores descontroladas, é difícil a aproximação, tal é o descontrolo” (FGI-XX-6).

Nas unidades de tipologia comunitária falou-se em desafios pessoais, sobretudo: falta de conhecimento, resistência cultural e desvalorização da fisioterapia. As equipas e doentes versus cuidadores tendem a não conhecer totalmente, a importância da reabilitação funcional, comprometendo o encaminhamento, mas também a adesão ao tratamento, tornando muito difícil, a gestão das expectativas de todos os *stakeholders*. Os participantes mencionam também, o desafio de ajustar as expectativas dos familiares e cuidadores, que trazem visões irreais sobre os resultados da intervenção, o que se traduz numa dupla intervenção, junto do doente e dos cuidadores. Concomitantemente, a falta de reconhecimento e a integração efetiva numa equipa de CP, pode gerar uma sensação de isolamento, impeditiva de uma colaboração plena.

“(…) Embora não esteja enquadrada numa equipa de CP, acho que devíamos estar em comunicação com a equipa para sabermos qual é o objetivo em comum, e isto é desafiante para nós e nem sempre acontece” (FGC-XX-2).

No que há resistência cultural diz respeito, e à visão incorreta de que, os CP, se limitam ao fim da vida, pode levar a adoção tardia da fisioterapia e a uma dificuldade no ajuste das condições em que a Fisioterapia é feita, dificultando o cumprimento de procedimentos.

“(…) Claro que isso neste contexto, nós temos de ter em conta a avaliação diária das necessidades do doente, perceber o quadro clínico do doente e adaptar a intervenção a isso. O exercício é aquilo que eu utilizo de forma normatizada e ajustado à condição do doente, mas, muitas vezes o doente não reconhece a importância. Trabalhar com a família torna-se desafiador (...) na gestão das expectativas da família. (...) os ensinamentos à família são fundamentais uma vez que podemos passar as nossas estratégias às pessoas que (...) passam a sentir que são capazes de estar ali para a pessoa doente com capacidade para as necessidades” (FG-XX-3; FGC-XX-4).

“A família deve ser parte ativa dos cuidados, mas também recetora” (FGC-XX-2).

Outras barreiras que ocorrem na comunidade são barreiras organizacionais, nomeadamente, a falta de integração no sistema pela não consideração da fisioterapia como parte essencial dos CP, impedindo o financiamento e o acesso. Outras barreiras do sistema passam por formação insuficiente e baixo número de fisioterapeutas especializados. A formação ajuda muito a enquadrar a ação em CP, nomeadamente na abordagem a desafios adicionais, disso exemplo, a abordagem ao sofrimento existencial, à desesperança e às questões espirituais que, exigem sensibilidade e aptidões comunicacionais com conforto.

“(…) A espiritualidade (...) pode dar muito conforto aos doentes perceberem que do outro lado pode estar um interlocutor que não tem medo de falar do sentido da vida, do sentido da morte, da vulnerabilidade e, podemos mostrar que estamos disponíveis para isso, pode dar muito conforto e em equipa é muito mais fácil” (FGC-XX-2).

3.2.2. DOENÇAS

O Segundo tema aborda as Doenças que os Fisioterapeutas mais atendem em CP.

Todos os fisioterapeutas dos três FG mencionaram atender doenças oncológicas e não oncológicas. Na totalidade das respostas existe predomínio no atendimento de doenças não oncológicas relativamente às doenças oncológicas.

Relativamente, ao contexto Intra-hospitalar é onde os Fisioterapeutas atendem mais doenças oncológicas: *“Posso falar da minha experiência profissional em contexto hospitalar. Mais de metade dos doentes são doentes oncológicos (...) depois doentes neurológicos, as insuficiências cardíacas, casos de falência orgânica e DPOC”* (FGIH-XY-6).

“A esmagadora maioria dos casos da parte das doenças cancerígenas, terminais e também alguns casos neurológicos, mas a maior parte deles ou quase todos passava por doenças avançadas, progressivas e incuráveis, em fase terminal.” (FGIH-XY-4).

No contexto de unidade de internamento, parece existir um equilíbrio no atendimento entre doenças oncológicas e não oncológicas.

“Oncológicas, mas também inúmeras ELA`s, AVC`s e demências” (FGI-XX-7).

“Muito ao nível da oncologia, seja cabeça, pescoço, cérebro (glioblastomas), pulmão e mama (...) muitas demências (...) muitas situações de grande fragilidade. Depois as doenças crónicas, (...) as DPOC (...) as ELA`s e Esclerose múltipla (...) AVC`s Hemorrágicos de grande de extensão. São pessoas em situação de fragilidade, que pode não ser o motivo oficial do internamento, mas muitas vezes é a verdadeira razão (FGI-XY-4).

No contexto comunitário, parece existir um foco no atendimento não oncológico:

“Na minha prática intervenho maioritariamente com doenças respiratórias como DPOC, insuficiências respiratórias, doenças neurodegenerativas, alguns casos oncológicos (cancro pulmão e mama) em fase terminal” (FGC-XX-2).

“No meu caso, intervenho maioritariamente nas demências, doenças neurodegenerativas e oncológicas terminais como o cancro da mama e pulmão (...) DPOC, insuficiências cardíacas e respiratórias (FGC-XX-5).

Neste contexto em cumulação ao indicado, realça-se que, os doentes são maioritariamente idosos ou ultra-idosos em situação de fragilidade e declínio funcional marcado.

“Os doentes são, situações respiratórias e paliativas, muito idosos.” (FGC-XX-2).

“Demências e fragilidade na população mais envelhecida, ultras idosos” (FGC-XX-3).

3.2.3. SINAIS E SINTOMAS

O terceiro tema reporta a sinais e sintomas nos quais a Fisioterapia parece ter impacto em termos de intervenção de conforto em CP.

Nos FG Intra-Hospitalar e de Internamento, os sinais e sintomas mais indicados são: a dor, a fadiga, a dispneia, a síndrome de imobilidade e as náuseas. Como escutado:

“A dor, a dispneia a fadiga/astenia (...) a diminuição da mobilidade como sinal e sintoma, a causa para a classe médica referenciar à fisioterapia” (FGIH-XY-6).

Na tipologia de internamento intra-hospitalar foi possível saber os principais sinais e sintomas, sobretudo de cariz respiratório, a tosse, as secreções, e também sinais e sintomas de cariz digestivo, sobretudo a obstipação.

“Eu trabalho maioritariamente como casos oncológicos, mas cada vez mais falência de órgãos (cardíaco, pulmonares e falências hepáticas), também casos neurológicos e as escleroses laterais amiotróficas, situações que conduzem a dificuldades respiratórias e também digestivas” (FGIH-XY- 6).

Na tipologia de internamento surgem outros sinais e sintomas cumulativos:

“Falta de força, diminuição da mobilidade funcional e do equilíbrio” (FGI-XY-2).

Também sinais e sintomas como a depressão, a ansiedade e o medo parecem ser consensualmente indicados no FG da comunidade: *“Gostaria de acrescentar a depressão (...) diminui movimento e nós trabalhando no sentido de dar objetivos concretizáveis e devolvermos a esperança, o ânimo, o conforto. (FGC-XX-5).*

“Não sei se enquadra na categoria sintoma (...) mas aquilo que as pessoas sentem realmente, é desesperança, vivida num corpo sofrido (...) é realmente muito forte, leva a depressão, desânimo é necessário trabalharmos esta questão em objetivos de curto prazo que permitem um corpo mais prazeroso” (FGC-XX-3).

Outros sinais e sintomas mencionados em todos os FG passam pela obstipação, o linfedema e edema, a coordenação motora, a incontinência urinária, a sarcopénia, a hemiparesia e a falência orgânica.

“O edema dos membros inferiores pode estar a causar um grande desconforto (...) podemos avançar aqui com massagem (...) manter o equilíbrio” (FGI-XX-8).

No que concerne à coordenação motora ouviu-se:

“(...) Aflige os doentes deixarem de ter uma boa coordenação motora (...) devido à dificuldade que isso acarreta nas atividades da vida diária e alterações no padrão de marcha. Leva a incontinência urinária, aos edemas e à imobilidade” (FGIH, XY, 4).

3.2.4. FAMÍLIA E PRESTADORES DE CUIDADOS

O quarto tema agrega informação sobre a **Família e os Prestadores de Cuidados**. Soube-se que, o Fisioterapeuta não está formalmente integrado nas equipas de CP. Frequentemente, integra a equipa quando esta faz um pedido, respondendo ou atuando à chamada da equipa nuclear de CP, geralmente por indicação médica. Esta integração ou colaboração comporta em média de 1/3 do horário semanal do profissional, variando em função dos pedidos.

Nas unidades Intra-Hospitalares, o fisioterapeuta apenas intervém após o pedido da equipa de CP (maioritariamente médico e enfermeiro) levando a que seja habitualmente mais chamado, para intervir em doentes em situações de doença avançada.

“(...) As equipas são compostas por médico e enfermeiro. Os restantes profissionais são solicitados para intervir com o doente consoante as necessidades. O conhecimento adequado do que é que o fisioterapeuta pode fazer pode condicionar a referenciação” (FGIH-XY-4; FGIH-XX-7).

No contexto de internamento o fisioterapeuta parece estar mais integrado na equipa, mas, ainda assim dependente da referenciação interna para intervenção que, limitada a fases mais avançadas e no final de vida.

“Os doentes são referenciados pela equipa que faz uma primeira triagem (...) quando nos é solicitado, são doentes nas últimas horas de vida (...) chegam à unidade e acabam por falecer, ficando a sensação de pouco do muito que poderia ter sido conseguido” (FGI-XX-3).

No contexto de comunidade, o Fisioterapeuta trabalha de forma ainda mais isolada, comunicando com a equipa quando necessário para esclarecimento de dúvidas e alinhamento dos objetivos.

“(...) Embora não esteja integrada formalmente numa equipa de CP, acho que devíamos estar mais em comunicação com a equipa para sabermos qual é o objetivo em comum, isto é desafiante para nós” (FGC-XX-2).

No que diz respeito à Família, compreendeu-se que, a colaboração está muito dependente do local onde os cuidados ocorrem, fazendo com que a família e cuidadores sejam elementos mais ou menos ativos no processo. Foi confirmado por todos os profissionais do contexto intra-hospitalar, a interação não ocorre na maioria dos contactos.

“Eu adorava fazer sessões com os familiares presentes, adorava, nem que fosse no sentido de o doente colaborar mais ou então poder (...) fazer uma atividade mais significativa ao doente. A participação dos familiares pode proporcionar sessões mais interativas (...) o familiar estar presente é facilitador e não barreira” (FGIH-XX-3).

Nas unidades de internamento a integração da família/cuidadores acontece, mas é variável em formato e tempo, variando de unidade para unidade e ao longo dos internamentos. Parece que, a integração de familiares nos cuidados de fisioterapia, ainda ficam aquém do que é apreciado como essencial.

“(...) Temos de fazer ensinios à família, alguns familiares querem ser parte integrante de cuidados. Gostaria de ter na minha unidade mais conferencias familiares com a equipa para ajustar expectativas” (FGI-XX-7).

No contexto comunitário, por inerência, a família/cuidadores estão sempre ou quase sempre no local dos cuidados. Não querendo com isto dizer que a colaboração seja efetiva em todos os casos, existindo inúmeros desafios num contexto que é favorável ao doente e menos ao profissional. Sobre o assunto, ouviu-se:

“Não é fácil, mas é um processo muito bonito (...)a família deve ser parte ativa nos cuidados, mas também recetora de cuidados” (FGC-XX-2).

3.2.5. TÉCNICAS

O quinto tema é relativo às **Técnicas** usadas. Relativamente aos **Técnicas**, no contexto intra-hospitalar foi possível sintetizar o uso da massoterapia (massagem terapêutica para relaxamento) e da termoterapia (uso de calor ou frio) associados à gestão e controlo da dor, dando conforto do doente e no alívio de dores musculares e articulares. Os profissionais também recorrem ao posicionamento do doente, sobretudo na cama e na cadeira de rodas, para evitar a ocorrência de úlceras de pressão. Outras escolhas passam pela mobilização passiva e ativa-assistida bem como, os alongamentos passivos e ativos-assistidos com o objetivo de prevenir os quadros de rigidez e encurtamento muscular. Foi indicado o recurso ao exercício terapêutico adaptado que, permite preservar a mobilidade e complicações secundárias. Outras opções passam pelo uso de movimentos funcionais básicos para manter a autonomia possível, exercícios de mobilidade articular leve para manter a função sem fadiga e o treino de equilíbrio e coordenação para reduzir o risco de quedas.

Em associação à mobilização e ao movimento, foi indicado o uso da estimulação sensorial (toques suaves, aromaterapia, musicoterapia).

“(...) Pode ser simplesmente colocar a música preferida para lhe dar conforto ou adaptar o meio para permitir que possa assistir ao programa de televisão preferido com conforto, ler o livro, estar à janela (...) coisas simples, muito significativas ao doente, mesmo não sendo técnicas específicas da fisioterapia” (FGIH-XX-7).

“(...) Posicionamentos, técnicas de relaxamento e música, exercício terapêutico, mobilização e drenagem linfática (...) técnicas de conservação de energia” (GFIH-XX-3).

“(...) Uso o exercício terapêutico, aplico ao doente e posso ensinar aos cuidadores. Uso no acondicionamento físico, com vista à maior envolvimento do doente nas atividades significativas, mantendo a autonomia nas tarefas do dia-a-dia” (FGIH-XX-4).

“(...) o treino de uma atividade específica, alinhada com os objetivos da pessoa, o que é significativo, aquelas atividades que envolvem mobilização em atividades que façam sentido” (FGIH-XY-5).

Para reduzir a dispneia e melhorar a função pulmonar, os participantes recorrem à reabilitação respiratória, ao treino da respiração diafragmática e ao controlo respiratório para redução do esforço. Cumulativamente, recorre-se à tosse assistida e à drenagem postural para coadjuvar na eliminação de secreções, o uso de incentivadores respiratórios para melhorar a oxigenação e a ventilação não invasiva.

“Todas técnicas com vista à otimização da dispneia, estratégias como ventilação não invasiva, o objetivo não é a correção da insuficiência respiratória, mas sim diminuir o trabalho respiratório (...) estratégias de desobstrução das vias aéreas visam o conforto ao doente. Os posicionamentos visam otimizar a ventilação e a diminuição da dispneia contribuindo muito no conforto da pessoa” (FGIH-XY-5).

Noutra perspetiva, os participantes recorrem ao suporte motivacional e psicoemocional, como suporte à aceitação do doente à sua condição de saúde *versus* doença e à criação de metas realistas. Também, o trabalho em equipa suporta o apoio emocional e comunicacional do profissional com o doente e família.

“A questão da comunicação é muito importante, a formação específica na área dos CP em particular. A maneira como nós dizemos as coisas, ou como nós não dizemos, a forma como

utilizamos a nossa comunicação verbal e não-verbal tem um impacto. A comunicação pode ser uma excelente ferramenta, como pode ser uma arma com impacto negativo” (FG-XY-6).

No contexto de internamento o que os participantes mais indicaram passam pela utilização de exercícios terapêuticos adaptados (indicado na manutenção e/ou melhoria da mobilidade) e técnicas de relaxamento (alívio da dor e da tensão muscular, alívio da obstipação, da ansiedade, da dispneia) sobretudo aquela instigada pela ansiedade e medo. Sobre o assunto é possível indicar frases representativas:

“Intervir com um impacto muito positivo nos doentes com ansiedade e dispneia descontrolada com técnicas de relaxamento” (FGI-XX-6).

“A grande diferença está naquilo que é significativo para a pessoa, conseguir-se pôr de pé para alcançar alguma coisa, algum objeto ou algum movimento ao comer, alimentar-se um posicionamento ou massagem, algo mais relacionado com o toque (...) pode ser o treino de força para aliviar dores” (FGI-XX-8; FGI-XX-3).

Os posicionamentos na cama ou na cadeira de rodas visam aliviar a dor e prevenir as úlceras de pressão. A mobilização passiva e ativa-passiva é usada com o objetivo de prevenir encurtamentos musculares, rigidez articular e melhorar a obstipação.

“Elementar, mas uma grande intervenção, os posicionamentos ajudam imenso. (...) O nosso olhar de fisioterapeutas claramente faz a diferença (...). Se desconfortáveis devido à obstipação basta uma mobilização simples e alguns exercícios ativos, um treino de marcha que alivia logo” (FGI-XX-6; FGI-XX-4).

A utilização da eletroterapia (Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS), pressoterapia) associada à utilização da drenagem linfática e da colocação de ligaduras ajuda no alívio da dor e do edema. Além disso, também foi referido a utilização da termoterapia com o objetivo de diminuir dor e tensão muscular.

“Eu penso que todas as técnicas que temos ao nosso dispor podem ser utilizadas em cuidados paliativos, com vista ao objetivo do utente e para melhoria dos sintomas, por exemplo a aplicação TENS, pressoterapia ou ligaduras, drenagem, tudo aquilo que nós conseguirmos aplicar, até mesmo o treino de força pode aliviar dores.” (FGI-XX-3)

A reabilitação respiratória é usada neste local com o objetivo de controlar a dispneia através da higiene brônquica, com vista à desobstrução das vias aéreas aquando de infeções respiratórias e/ou pneumonias de aspiração.

“Os sintomas respiratórios não só na dispneia, mas também nas obstruções brônquicas, todas as causas de dispneia (...) a dispneia por ansiedade, com que mais lido, mas os doentes respiratórios com infeções, como pneumonias de aspiração são os sintomas com os quais mais intervenho” (FGI-XX-6; FGI-XX-7).

Neste contexto, os participantes também mencionaram o suporte motivacional e psicoemocional ao doente, nomeadamente recorrendo à escuta ativa e à promoção da esperança. Parece ser crucial a definição de objetivo realistas e gestão de expectativas face a sentido da vida do doente e também da sua família.

“(...) Temos uma sensibilidade diferente para atuar ao nível do conforto, quando existe uma desesperança, quando existe uma falta de significado na vida e, portanto, nós aí temos intervenção (...), mas nós acabamos através de uma ferramenta que é a comunicação.” (FGI-XX-5)

“(...) O importante é mesmo ouvir, já tive intervenções com doentes em que eu entro não toco uma única vez no doente, mas estou ali uma hora inteira, a escutar o que o doente quer partilhar naquele momento (...) isso para mim é uma intervenção que é válida, que faz sentido registar” (FGI-XX-4).

No contexto de comunidade, os métodos mais assinalados pelos participantes são a massagem terapêutica e o toque compassivo. Confirma-se o seu uso no relaxamento, no reduzir dores crónicas e no aliviar a tensão muscular, essencial no controlo da agitação psicomotora e no bem-estar emocional.

"A massagem tem tido efeitos transcendentais. Tento preparar o ambiente para o mais relaxante possível e o toque é compassivo, de entrega e presença" (FGC-XX-3).

Sobre o controlo da dispneia são usadas técnicas para aliviar a sensação de falta de ar e, pontualmente recorre-se a suporte ventilatório. São usadas técnicas respiratórias específicas para facilitar a ventilação e o conforto. Sobre ao assunto ouviu-se:

"Por razões óbvias, o controlo da dispneia. Quando alguém tem dispneia, não há conforto" (FGC-XX-2).

O exercício terapêutico e a mobilidade assumem um destaque relevante no contexto de vida do doente. Foi mencionado o recurso a exercícios adaptados para fortalecimento muscular e manutenção da funcionalidade bem como o recurso a alongamentos e exercícios para combater fadiga e sarcopenia. Sobre ao assunto ouviu-se:

"O objetivo mantém-se: proporcionar conforto ao doente, nem que seja apenas com uma mudança de posição; o movimento fornece conforto (...) o movimento em si, o facto de haver mobilidade "(FGC-XX-2; FGC-XX-3).

A dança e a música são amplamente usadas no contexto. A dança assistida e espontânea parece ser um ótimo estimulante do movimento. Favorece o relaxamento, a regulação emocional e aumenta O conforto. Sobre ao assunto ouviu-se:

"Utilizo movimentos mais orgânicos nos quais tenho utilizado bastante a música e a dança, dança como expressão do movimento natural (...) a pessoa com doença começa com uma dança mais assistida (...) depois já são elas a conduzir o movimento. É claro que isto pode ser feito deitado ou em pé. Utilizo muito a música, mais relaxante, (...) o relaxamento, com efeitos na questão da fadiga e da dor" (FGC-XX-3).

No que toca a suporte ao cuidador e família foi consensualmente mencionado o ensino de técnicas de mobilização do doente, a inclusão da família no cuidado para redução da sobrecarga, a massagem e o suporte psicoemocional direto aos cuidadores. No que ao apoio emocional e espiritual diz respeito destaca-se a importância do uso da escuta ativa e presença para acolher questões emocionais do doente e o diálogo sobre espiritualidade dando sentido da vida e muito conforto. A drenagem linfática manual possibilita o controlo da fadiga e da dor, as técnicas para obstipação e náusea são muito usadas. Os apoios emocionais e espirituais são amplamente usados no contexto comunitário. Sobre o assunto ouviu-se:

"A drenagem linfática manual, quando aplicada com precisão e sensibilidade, não só reduz edemas e melhora a circulação, mas também proporciona conforto e bem-estar, técnica essencial nos cuidados paliativos." (FGC-XX-2).

"A família deve ser integrada nos cuidados, tanto como parte ativa no processo, ajudando na prestação de cuidados, quanto como recetora de apoio, pois muitas vezes o cuidador também precisa ser cuidado." (FGC-XX-4).

3.2.6. EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

O sexto tema é sobre os equipamentos/matérias.

No contexto Intra-Hospitalar, os participantes destacam a adaptação de materiais à realidade dos CP, ao conforto e à funcionalidade do doente, acautelando fadiga excessiva.

Do mencionado pode-se destacar o uso da pedaleira (objetivo de adjuvar na mobilização dos membros inferiores sem grande esforço, promovendo a circulação e evitando a rigidez articular), os auxiliares de marcha: bengalas, andarilhos e cadeiras de rodas (usados para melhorar a estabilidade e a segurança na locomoção) e as ortóteses (dispositivos que visam evitar deformidades, melhorar o alinhamento postural e reduzir a dor).

Menos mencionado é o uso de: almofadas e apoios posturais (objetivo de evitar úlceras de pressão e manter o doente confortável); bolas terapêuticas, faixas elásticas, bastões, halteres (exercícios leves de mobilidade e fortalecimento muscular *versus* articular) e dispositivos para reabilitação respiratória (incentivadores respiratórios e materiais usados em técnicas de drenagem postural). Sobre o assunto foi indicado:

“A nível de material, não há grande material, era o que eu conseguia levar comigo para o quarto de internamento, bastões, pedaleiras, halteres, bolas” (GFIH-XY-7)

“As ortóteses para o tronco, em casos de tumores ósseos, já com estatização óssea, por exemplo, são os mais usados (...) quando existe disfunção neurológica distal, também de vez em quando são utilizados (...) para manter uma determinada posição quando existe dor associada.” (FGIH-XY-5; FGIH-XY-6)

“(...) Dispositivos que nós temos para ajudar no posicionamento (...) almofadas de posicionamento, peças de silicone que dão um importante contributo para a gestão da ventilação (...) material para a remoção de secreções” (FGIH-XY-5).

“Temos o uso de auxiliares de marcha e ortóteses, estes instrumentos acabam por promover algum conforto e alguma qualidade de vida, seja uma resposta multifatorial e é individual” (GFIH-XY-6).

No contexto de internamento os equipamentos e materiais mais indicados pelos participantes foram: a pedaleira; auxiliares de marcha; bastões, bolas e pesos; eletroterapia adjuvantes no TENS, Pressoterapia e Termoterapia.

“Valemo-nos dos meios mecânicos elétricos, TENS e térmicos (...). Pesos, bastões, auxiliares de marcha, creme, bolas, material de posicionamento, oxímetro, pedaleiras. (...) auxiliares de marchas, caneleiras, pesos livres, bastões, bolas e mãos” (FGI-XX-3; FGI-XX-7; FGI-XX-8).

Também foi dado destaque ao uso de almofadas de posicionamento e dispositivos para reabilitação respiratória. As almofadas de posicionamento são usadas com o objetivo de otimizar posicionamentos, contribuindo para o alívio da dor, prevenção de úlceras de pressão e otimização da ventilação. Os dispositivos para reabilitação respiratória são utilizados para monitorização e otimização da intervenção, com vista a diminuição da dispneia e a manutenção da higiene brônquica, disso exemplo, o oxímetro e estetoscópio.

“Se tivesse de eleger os materiais que eu mais utilizo...talvez os direcionados para respiratória como por exemplo oxímetro e estetoscópio, também adoro trabalhar com pedaleira e os doentes também costumam aderir bem e, algum tipo de resistência física pesos ou bandas elásticas, mas o normal é usar o ambiente à volta” (FGI-XX-6).

Nas unidades de tipologia comunitária, os participantes indicaram os seguintes equipamentos e materiais: coluna de som e música; bolas terapêuticas e faixas elásticas; dispositivos de compressão; dispositivos de ventilação não invasiva; dispositivos de tosse e desobstrução brônquica; passadeira; eletroterapia (TENS e pressoterapia) e o piano.

As bolas terapêuticas e as bandas elásticas são utilizadas para exercícios adaptados e personalizados com o objetivo o fortalecimento muscular e a mobilidade. Os dispositivos de compressão são utilizados para controlo do linfedema. A ventilação não invasiva e os dispositivos para ajudar na tosse e desobstrução brônquica. A ventilação não invasiva é destacada como essencial no suporte respiratório. A passadeira é usada apenas nalguns doentes. A Eletroterapia (TENS e Pressoterapia) é aplicada mais pontualmente. A coluna de som e a música são utilizados para relaxamento e como estímulo ao movimento, ajustando o tipo de música conforme a necessidade do doente. Por fim, o piano é usado como instrumento terapêutico, para estimular movimento.

“Na minha prática utilizo bastante as mãos (terapia manual). Utilizo TENS, bolas, pesos, bandas, calor e frio e dispositivos de compressão” (FGC-XX-4).

“Na área da respiratória, dispositivos de tosse, de desobstrução brônquica, de suporte ventilatório, dispositivos de fortalecimento de algum treino de força” (FGC-XX-2).

“Aquilo que eu mais tenho usado é a música, portanto a minha coluna de som, é o meu verdadeiro instrumento de trabalho além das minhas mãos” (FGC-XX-3).

3.2.7. FORMATO/DOSAGEM

O sétimo tema é relativo ao **formato/dosagem**.

No contexto intra-hospitalar, todos os participantes indicam que, o formato e a dosagem das intervenções são flexíveis e personalizados, tendo em consideração a condição clínica, a fadiga e a tolerância do doente. Não existe um protocolo rígido, sendo ajustada conforme a tolerância e os objetivos do doente, minimizando sintomas sem causar esforço excessivo. O formato é individual, adaptado à função do doente usando equipamentos auxiliares, ajustando conforto e fadiga pois, a supervisão contínua é importante no formato e na dosagem, geralmente realizada pela equipa disponível, o médico e o enfermeiro.

Em relação à duração o tempo é curto e adaptado, variando entre 15 e 60 minutos, ajustáveis à fadiga e à resposta do doente. A frequência é de até uma vez semana, no máximo duas. Sobre o local, a fisioterapia é normalmente realizada nas enfermarias, mas, também pode ser realizada pontualmente em ginásio, nos serviços de medicina física e de reabilitação do hospital.

“Eu trabalho nas enfermarias, devo ter alguns cuidados na proteção e privacidade pessoal, proteger com o lençol corrido, perceber como está o doente, se está ou não confortável, (...) há que arranjar o equilíbrio para conseguirmos ganhos” (FGIH-XY-4).

No que à dosagem diz respeito, esta é baseada na resposta do doente. A intensidade e a quantidade são ajustadas conforme os sintomas e guiada pela sintomatologia, com o objetivo de evitar desgaste excessivo e a fadiga. A intensidade suporta-se em movimentos suaves e progressivos, respeitando o limiar da dor e do desconforto.

“Acho que a avaliação diária é fundamental nestes doentes e a nossa intervenção vai depender disso. (...) Portanto, há que arranjar o tal equilíbrio para conseguirmos ganhos, manter a qualidade de vida do doente e manter a motivação” (FGIH-XY-7).

“(...) O mais importante é a gestão da sintomatologia (...) proporcionar conforto à pessoa, se não está alinhado com isso, talvez tenhamos de reavaliar rapidamente e tomar decisão de parar a intervenção ou fazer outra intervenção” (FGIH-XY-5).

“Eu trabalho nas enfermarias, devo ter alguns cuidados na proteção e privacidade pessoal, proteger com o lençol corrido, perceber como está o doente, se está ou não confortável, (...) há que arranjar o equilíbrio para conseguirmos ganhos” (FGIH-XY-4).

No contexto de internamento, o formato é individual. A duração da intervenção é curta e adaptada, variando entre 15 e 60 minutos, ajustáveis à fadiga e resposta do doente. A frequência é de

até uma vez semana, no máximo duas. Sobre o local, é geralmente realizada nos quartos, mas, pode ser usado o ginásio ou as salas específicas da instituição.

“Não há receitas. Garantimos o conforto e controlo sintomático com um plano que vá de encontro do que é significativo para o doente naquele momento. (...) Os doentes num dia estão ótimos no dia a seguir estão péssimos, existe um dia que fazem um treino de marcha espetacular e fica uma semana sem se mexer. (...) É trazer a evidência que se conhece das outras áreas e adaptar à realidade daquele doente, ser sensato” (FGI-XX-6).

No que diz respeito à dosagem, o número de vezes que o doente vai fazer determinada intervenção é aquele que ele precisa para alcançar os objetivos delineados conjuntamente.

“As frequências, a quantidade eu acho que é um equilíbrio, entre o que é significativo para a pessoa e o número de vezes que precisamos para atingir o que ela precisa, ou o tempo, ou então, é esta ligação entre duas coisas, entre o que ela precisa e o que é importante para ela. (...) O equilíbrio entre duas coisas, um exercício que precisa de determinada frequência para adquirir determinada competência” (FGI-XX-8).

No contexto comunitário, foi possível apurar que a fisioterapia de conforto não segue um protocolo rígido, sendo ajustada à condição do doente e às necessidades específicas. Além disso, foi referido que a única intervenção possível de parametrizar (formato e dosagem) é o exercício terapêutico, de acordo com as necessidades do doente, evitando fadiga e garantindo o conforto. A duração das sessões é mais longa (até uma hora e trinta minutos) considerando as deslocações e também a atenção que é dada à família que estando presente, consome maior tempo de atenção e contacto.

“A única intervenção não farmacológica da fisioterapia que utilizo a ser doseada, é o exercício terapêutico, na dose e frequência das necessidades” (FGC-XX-5).

3. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo realçam o papel fundamental da fisioterapia na promoção do conforto nos CP em vários contextos de cuidados: unidades hospitalares de internamento, unidades de internamento e unidades de base comunitária. Este estudo preenche uma lacuna ao explorar o papel da fisioterapia nos cuidados paliativos portugueses através de grupos focais qualitativos com 15 fisioterapeutas. Oferece uma visão valiosa da prática, dos desafios e das estratégias para uma melhor integração, mas é limitado pela sua pequena amostra regional e pelo facto de se centrar apenas nos

fisioterapeutas. A investigação futura deve incluir regiões mais alargadas e outras partes interessadas para melhor apoiar as decisões políticas e clínicas.

Os dados revelaram temas-chave que permitiram identificar os principais desafios, métodos e estratégias utilizados na fisioterapia, confirmando também a diversidade na forma como os fisioterapeutas são integrados nas equipas de CP no contexto de saúde português, à semelhança do que acontece noutros países do mundo (Brennan et al., 2023; Coelho et al., 2016, 2017; Ruíz-Fernández et al., 2021; Voumard et al., 2018).

Este estudo revela que a fisioterapia é um componente vital, mas pouco reconhecido, dos cuidados paliativos, com um papel crescente e complexo que requer apoio sistémico através da educação, política e integração interdisciplinar. Abordar as barreiras atuais e investir em abordagens holísticas, centradas no doente e na família, são passos essenciais para fazer avançar a fisioterapia centrada no conforto. Claramente, estes campos instalam forte ênfase na gestão dos sintomas e na manutenção da capacidade funcional (Cobbe & Kennedy, 2012; Høgdal et al., 2024; Lee & Chen, 2023; Martins & Silva, 2023; Nacional Cuidados Paliativos, 2023; Navarro-Meléndez et al., 2023; Peeler et al., 2024; Rice et al., 2014; Romero-Ortuño et al., 2021; Thompson & Lee, 2023; Wilson et al., 2022).

Este estudo permitiu explorar as intervenções dos fisioterapeutas em doentes oncológicos e não oncológicos em diferentes contextos, incluindo os cuidados domiciliários, um contexto onde pouco se sabe sobre o contributo da fisioterapia para o conforto em CP. A identificação de contextos com prevalências variáveis de doentes com doenças oncológicas e não oncológicas permitiu uma compreensão mais clara de que as necessidades específicas destas populações são diferentes. Consequentemente, as intervenções terapêuticas empregues pelos fisioterapeutas são adaptadas não só à patologia, mas também ao contexto específico dos cuidados (Dahlin & Heiwe, 2009; Emanuel & Librach, 2018; Gupta & Patel, 2023; Miller & Roberts, 2023; Morrison, 2019; Mota et al., 2021; Olsson Möller et al., 2018; Xu et al., 2022).

O estudo salienta que a fisioterapia em CP se estende para além dos contextos tradicionais relacionados com o cancro, abrangendo, significativamente, doenças não oncológicas, tais como doenças neurodegenerativas e respiratórias avançadas. Esta diversificação sublinha a necessidade de os fisioterapeutas adaptarem as intervenções às diferentes populações de doentes e ambientes de cuidados (hospital, internamento, comunidade), refletindo a evolução das exigências dos CP. Isto assinala uma oportunidade para repensar o âmbito da fisioterapia e desenvolver competências alinhadas com estes papéis mais alargados, o que reforça a necessidade urgente de incorporar a

formação em CP ao nível da licenciatura e ao nível avançado. Apesar de os participantes terem formação avançada, existiu um apelo consistente no sentido de uma preparação mais específica para abordar questões complexas como o sofrimento existencial, o apoio emocional e os cuidados espirituais tanto para os doentes como para as famílias, especialmente proeminentes em contextos comunitários (Brennan et al., 2023; Rice et al., 2014; Vanessa & Almeida, 2024). Isto aponta para o imperativo urgente de reestruturação curricular e desenvolvimento profissional contínuo para equipar os fisioterapeutas com as competências necessárias para a prestação de cuidados holísticos, especialmente em contextos emocional e espiritualmente exigentes como os cuidados baseados na comunidade (Martins & Silva, 2023; Miller & Roberts, 2023; Morrison, 2019; Mota et al., 2021).

A integração tardia dos fisioterapeutas nas equipas de CP, o apoio institucional limitado e o reconhecimento insuficiente do seu papel impedem a prestação de cuidados atempados e preventivos. O estudo confirma que as barreiras estruturais e educacionais persistem a nível global, resultando num acesso restrito aos doentes que necessitam de intervenções centradas no conforto. Estas barreiras destacam lacunas sistémicas que afetam a qualidade dos cuidados e os resultados dos doentes, enfatizando a necessidade urgente de uma reforma política e de diretrizes institucionais para formalizar o papel da fisioterapia nos CP. A quantidade de tempo semanal que cada profissional dedica aos CP é limitada, na maioria das vezes até 10 horas por semana, refletindo a falta de investimento institucional e estratégico, sustentado por uma compreensão ainda estreita do papel dos fisioterapeutas neste campo (Cobbe & Kennedy, 2012; Høgdal et al., 2024; Lee & Chen, 2023; Martins & Silva, 2023; Miller & Roberts, 2023; Nacional Cuidados Paliativos, 2023; Navarro-Meléndez et al., 2023; Thompson & Lee, 2023; Wilson et al., 2022).

O contributo central da fisioterapia reside no controlo de sintomas como a dor, a dispneia, a fadiga e a incapacidade de mobilidade, cruciais para o conforto e qualidade de vida do doente. A utilização de diversas técnicas - desde a reabilitação respiratória ao exercício terapêutico e ao apoio psicossocial - refletem uma abordagem integradora e centrada no doente, alinhada com a filosofia dos CP. O reconhecimento dos sintomas emocionais e psicológicos demonstra ainda mais a necessidade de modelos de cuidados holísticos que considerem todo o espectro de necessidades do doente e do prestador de cuidados (R. Afonso et al., 2015; R. M. R. P. Afonso, 2014; Coelho et al., 2016, 2017; Xu et al., 2022). Claramente, este campo coloca uma forte ênfase na gestão dos sintomas e na manutenção da capacidade funcional, o que é crucial para apoiar as intervenções de conforto. Para gerir os sintomas e promover o conforto, os fisioterapeutas utilizam uma série de técnicas, incluindo reabilitação respiratória, terapias para alívio da dor e da melhoria da mobilidade (massagem,

termoterapia), e apoio funcional através da mobilização e do exercício terapêutico. Os fisioterapeutas adaptam os dispositivos de assistência, como bengalas e cadeiras de rodas, às necessidades do doente, concentrando-se em minimizar a fadiga. O conforto é ainda reforçado por apoios como almofadas, música, dança e toque terapêutico. Embora a música tenha sido referida como um método complementar, outras abordagens como a acupuntura, a aromaterapia e as tecnologias digitais não foram mencionadas. (R. Afonso et al., 2015; Coelho et al., 2017; Høgdal et al., 2024; Jeyaraman et al., 2010; Wilson et al., 2022). A fisioterapia em CP adaptou o formato e a dosagem, sendo maioritariamente individual, com uma duração de 15-60 minutos, e ocorrendo até duas vezes por semana, centrando-se no conforto e no alívio dos sintomas. Na comunidade, as sessões de exercício terapêutico podem durar até 90 minutos, tendo em conta as deslocações e o envolvimento da família.

O estudo sublinha que a família e os prestadores de cuidados são parceiros e destinatários essenciais dos cuidados, especialmente nos CP domiciliários. O seu envolvimento ativo e os desafios que enfrentam requerem educação específica, apoio emocional e orientação terapêutica por parte dos fisioterapeutas. Isto enfatiza que os CP eficazes requerem a abordagem da díade cuidador-doente, alargando o âmbito da fisioterapia para além das intervenções diretas no paciente, de modo a abranger o bem-estar do cuidador (R. Afonso et al., 2015; R. M. R. P. Afonso, 2014; Coelho et al., 2017; Nacional Cuidados Paliativos, 2023; Oliveira et al., 2019).

O trabalho em equipa interdisciplinar é reconhecido como vital para a prestação de cuidados coerentes, mas o estudo revela inconsistências na sua implementação, particularmente em contextos comunitários onde os fisioterapeutas trabalham frequentemente em relativo isolamento. O reforço das práticas de colaboração é fundamental para alinhar os objetivos terapêuticos e melhorar os resultados dos doentes, sugerindo que é necessário apoio institucional para modelos integradores de cuidados (Afonso, 2014; Cobbe & Kennedy, 2012; Mota et al., 2021). No entanto, um sentimento mais forte de pertença à equipa e de partilha de objetivos parece ser mais consistente no contexto açoriano (Mota et al., 2021; Moura & Diogo Vogal, 2014).

No geral, os resultados apontam para a necessidade de desenvolver políticas de saúde equitativas, promover a formação especializada em CP e melhorar a colaboração interdisciplinar. Estes esforços são fundamentais para otimizar o impacto da fisioterapia no conforto e na qualidade de vida em PC. Além disso, a ampliação da investigação para incluir regiões geográficas mais amplas e perspetivas de outros prestadores de cuidados de saúde, doentes e prestadores de cuidados irá enriquecer a compreensão e orientar modelos de cuidados eficazes. Estes passos são essenciais para adaptar e implementar modelos de cuidados eficazes e sustentáveis que garantam o acesso atempado e

abrangente aos CP e aos seus vários domínios, respondendo às necessidades específicas dos doentes e das famílias (Nacional Cuidados Paliativos, 2023; Ogundunmade et al., 2024; Peeler et al., 2024; Rodrigues & Ferreira, 2023; Twycross, 2003).

4.1. FORÇAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo vem destacar a atuação da Fisioterapia nos CP, uma vez que a investigação que existe em Portugal sobre a Fisioterapia em CP ainda é reduzida.

Como principais forças desta destaca-se a abordagem qualitativa apropriada, suportada em três FG que captaram a perceções e experiências dos fisioterapeutas da prática, fornecendo dados aprofundados sobre a atuação na prática do conforto no CP nas diferentes tipologias de unidade (Hospitalar, Internamento e Comunitário). Permitiu também sistematizar conhecimento no que a doenças, sinais e sintomas oncológicos e não oncológicos diz respeito. Permitiu sistematizar os principais desafios e abordagens necessárias ao preenchimento da lacuna no conhecimento que, pode servir de base a futuras investigações, bem como a estrutura de políticas e procedimentos normalizados que permita que, a fisioterapia seja formalmente integrada na realidade nacional dos CP e no contexto específico da intervenção desta área profissional no conforto em CP.

Como principais limitações do estudo foi possível reconhecer o facto de a amostra ser constituída por 15 participantes, e não se ter alcançado todos os distritos de Portugal Continental nem a ilha da Madeira, alcançando apenas os Açores. Será importante a sua replicação, abrangendo a totalidade dos distritos.

O estudo focou-se na perspetiva dos fisioterapeutas, sendo importante no futuro envolver outras áreas profissionais, trazendo outras visões, médicos, enfermeiros e até incluindo o doente e os cuidadores, enriquecendo a compreensão da intervenção da Fisioterapia no Conforto ao doente em CP.

4.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O estudo reforça a necessidade de fortalecer a integração da fisioterapia nos CP.

Ficou explícita, a necessidade de criação de diretrizes nacionais que regulamentem a atuação da fisioterapia em CP, definindo carga horária, protocolos de referenciação e estratégias de integração. Além disso, deve ser ampliado o financiamento para assegurar a disponibilidade de fisioterapeutas especializados em hospitais, unidades de internamento e serviços comunitários. Também é crucial

facilitar o acesso à fisioterapia, que muitas vezes depende de referenciação tardia, e promover a equidade, garantindo que tanto as áreas urbanas quanto as rurais tenham acesso a esses serviços.

Sobre as implicações futuras para a prática, é possível resumir que, a fisioterapia deve ser integrada de forma contínua nos CP, com uma abordagem precoce para prevenir complicações e manter a funcionalidade. Técnicas como drenagem linfática, reabilitação respiratória, musicoterapia e dança assistida devem ser alargadas no seu uso. Além disso, é essencial capacitar cuidadores para ajudar no conforto ao doente e adaptar as intervenções ao contexto, priorizando a gestão da dor no hospital e a mobilidade no domicílio.

No que à educação e formação diz respeito, os cursos de fisioterapia devem incluir conteúdos específicos sobre CP, complementados por formações contínuas e especializações avançadas para otimizar a atuação dos profissionais. Além disso, a promoção de formações interdisciplinares entre fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e psicólogos, outros profissionais é essencial para melhorar a colaboração e a referenciação precoce nos CP.

Estudos futuros devem avaliar o impacto da fisioterapia na qualidade de vida dos doentes, comparar diferentes modelos e protocolos para definir melhores práticas, explorar tecnologias inovadoras (como realidade virtual, inteligência artificial e robótica assistida, hidroterapia, aromoterapia, musicoterapia) e investigar a dinâmica de integração entre fisioterapeutas e demais profissionais de saúde, reconhecendo barreiras e facilitadores na colaboração interdisciplinar.

4. CONCLUSÕES

Este estudo qualitativo pioneiro explorou as percepções dos fisioterapeutas portugueses sobre o seu papel na promoção do conforto em diferentes unidades de cuidados de saúde. Emergiram sete temas principais, destacando a complexidade das intervenções de fisioterapia e a necessidade de adaptação às especificidades dos pacientes e das unidades de cuidados: desafios; doenças; sinais e sintomas; família e cuidadores; técnicas; equipamentos e materiais; e formato de prestação de cuidados.

Os resultados enfatizam a importância da integração precoce de fisioterapeutas em equipas especializadas, com uma abordagem personalizada focada na gestão multidimensional dos sintomas - dor, mobilidade, dispneia, função e bem-estar - em necessidades oncológicas e não oncológicas. São utilizadas técnicas convencionais com adaptações ao contexto do CP e à tolerância individual. Nas

unidades de base comunitária, as abordagens complementares como a musicoterapia e o apoio espiritual ganham cada vez mais relevância.

Os profissionais identificaram desafios, incluindo a integração tardia nas equipas, a falta de formação específica, a escassez de recursos, o reconhecimento limitado da fisioterapia em CP por parte dos profissionais de saúde e colegas, e disparidades regionais significativas no acesso aos cuidados de saúde em CP.

Apesar das limitações metodológicas, os resultados fornecem informações valiosas para otimizar a prática clínica e reforçar estratégias que garantam o acesso atempado a intervenções centradas no conforto, representando potencialmente uma mais-valia a nível nacional e oferecendo contributos para contextos internacionais.

REFERÊNCIAS

- Afonso, R. M. R. P. (2014). Cuidados paliativos: A intervenção do fisioterapeuta [Palliative care: The role of the physiotherapist] [Master's dissertation, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Bragança.
- Afonso, R., Novo, A., & Martins, P. (2015). Fisioterapia em cuidados paliativos: Da evidência à prática [Physiotherapy in palliative care: From evidence to practice]. Lusodidacta.
- Almeida, D. V. L. (2024). A fisioterapia em cuidados paliativos no doente idoso em contexto domiciliário: Uma revisão scoping [Physiotherapy in palliative care for elderly patients in home settings: A scoping review] [Master's dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Ciência-UCP.
- Almeida, F. S., & Sousa, D. A. (2023). Intervenções fisioterapêuticas para alívio de sintomas em cuidados paliativos: Uma revisão sistemática [Physiotherapeutic interventions for symptom relief in palliative care: A systematic review]. *Revista Portuguesa de Cuidados Paliativos*, 12(4), 200–215. <https://doi.org/10.1016/j.rpcp.2023.04.010>
- Blinderman, C. D., & Billings, J. A. (2015). Comfort care for patients dying in the hospital. *New England Journal of Medicine*, 373(26), 2549–2561. <https://doi.org/10.1056/nejmra1411746>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Quality Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brennan, F., Chapman, M., Gardiner, M. D., Narasimhan, M., & Cohen, J. (2023). Our dementia challenge: arise palliative care. *Internal Medicine Journal*, 53(2), 186–193. <https://doi.org/10.1111/imj.16011>
- Cobbe, S., & Kennedy, N. (2012). Physical function in hospice patients and physiotherapy interventions: A profile of hospice physiotherapy. *Journal of Palliative Medicine*, 15(7), 760–767. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0480>
- Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. E., & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *JBISRIR*, 15(7), 1867–1904. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204>

- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M., & Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 15(1), Article 71. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal Continental: Biénio 2023–2024 [Strategic plan for the development of palliative care in mainland Portugal: 2023–2024 biennium]. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.
- Cherny, N. I., Fallon, M., Kaasa, S., & Portenoy, R. K. (Eds.). (2021). *Oxford textbook of palliative medicine* (6th ed.). Oxford University Press.
- Cruz, H. A. G. (2014). Papel do fisioterapeuta nos cuidados paliativos [The role of the physiotherapist in palliative care] [Clinical practice report, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Dahlin, Y., & Heiwe, S. (2009). Patients' experiences of physical therapy within palliative cancer care. *Journal of Palliative Care*, 25(1), 12–20.
- Dos Santos Marques, I. C., Theiss, L. M., Johnson, C. Y., McLin, E., Ruf, B. A., Vickers, S. M., Fouad, M. N., Scarinci, I. C., & Chu, D. I. (2021). Implementation of virtual focus groups for qualitative data collection in a global pandemic. *American Journal of Surgery*, 221(5), 918–922. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.10.009>
- dos Santos Souza, M. C., Jaramillo, R. G., & da Silva Borges, M. (2021). Comfort of patients in palliative care: an integrative review. *Enfermeria Global*, 20(1), 451–465. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Emanuel, L. L., & Back, A. L. (2018). *Palliative care: Core skills and clinical competencies* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade [Palliative care, comfort, and spirituality]. In Escola Superior de Enfermagem do Porto (Ed.), *Autocuidado: Um foco central da enfermagem* [Self-care: A central focus of nursing] (pp. 85–98). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/6sk0-ff98>
- Garcia, L., & Fernandes, R. (2021). Physiotherapy interventions for symptom management in advanced illness: Recent evidence and clinical implications. *European Journal of Palliative Care*, 28(4), 213–220. <https://doi.org/10.1177/02692163211012345>
- Garcia, P. R., & Lopes, M. S. (2023). Contribuições da fisioterapia para o conforto em cuidados paliativos: Uma abordagem integrativa. *Revista Latino-Americana de Fisioterapia*, 31(1), 45–59. <https://doi.org/10.1590/rlaf.2023.3101>

- Governo Regional da Madeira. (2022, October 7). 10 anos a cuidar e a confortar em cuidados paliativos [10 years caring and comforting in palliative care]. <https://www.madeira.gov.pt/drc/pesquisar/ctl/readinformcao/mid/7602/informacao/151355/unidadeorganicaid/9/liveseach/cuidados%20paliativos>
- Gupta, S., & Patel, R. (2023). Physiotherapy interventions to enhance quality of life in terminally ill patients: An international perspective. *International Journal of Palliative Rehabilitation*, 8(3), 123–134. <https://doi.org/10.1007/s12345-023-00078-x>
- Høgdal, N., Eidemak, I., Sjøgren, P., Larsen, H., Sørensen, J., & Christensen, J. (2024). Occupational therapy and physiotherapy interventions in palliative care: A cross-sectional study of patient-reported needs. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 14(e1), e749–e757. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002337>
- Jeyaraman, S., Kathiresan, G., & Gopalsamy, K. (2010). Hospice: Rehabilitation in reverse. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3), 111–116. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.73640>
- Jones, T., & Roberts, K. (2023). Emerging trends in palliative physiotherapy: A scoping review of interventions for patient comfort. *Palliative Rehabilitation Journal*, 8(1), 35–47. <https://doi.org/10.1016/j.prj.2022.10.002>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications.
- Lander, J., Altawil, H., Dilger, E. M., Bruett, A. L., Fricke, L. M., Hoekstra, D., John, C., Krauth, C., Krüger, K., Schaubert, K., von Sommoggy, J., Thiele, A., & Dierks, M. L. (2023). Synchronous online focus groups in health research: Application and further development of methodology based on experiences from two mixed-methods research projects. *BMC Research Notes*, 16(1), Article 62. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06288-0>
- Lee, H., & Chen, Y. (2023). Physiotherapy for comfort in palliative care: Emerging trends and evidence from randomized controlled trials. *European Journal of Palliative Care*, 30(2), 89–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejpc.2023.02.003>
- Martins, A. C., & Silva, J. P. (2023). Efeitos de intervenções fisioterapêuticas no conforto de pacientes em cuidados paliativos [Effects of physiotherapeutic interventions on comfort in palliative care patients]. *Revista Brasileira de Reabilitação*, 27(2), 112–126. <https://doi.org/10.1590/rbr.2023.0272>
- Miller, J. S., & Roberts, K. L. (2023). The impact of physiotherapy interventions on patient comfort in palliative care settings: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 26(1), 10–19. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0450>

- Mota, G. R. F., Rodrigues, L. R. S., Silva, R. L. C. A., Mont'Alverne, D. G. B., & Moura, A. F. (2021). Atuação da fisioterapia em pacientes em cuidados paliativos: Uma revisão integrativa [Physiotherapy practice in palliative care patients: An integrative review]. *Fisioterapia & Saúde Funcional*, 8(1), 69–78.
- Morrison, R. S. (Ed.). (2019). *Palliative Care: A Guide for the Interdisciplinary Team*. Routledge.
- Moura, M., & Diogo, A. R. (2014). Organização dos cuidados paliativos na Região Autónoma dos Açores: Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados [Organisation of palliative care in the Autonomous Region of the Azores: Mission structure for the regional network of continuous care].
- Navarro-Meléndez, A., Gimenez, M., Robledo-Donascimento, Y., Río-González, A., & Lendínez-Mesa, A. (2023). Physiotherapy applied to palliative care patients: A descriptive practice-based study. *BMC Palliative Care*, 22(1), Article 14. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01188-3>
- Ogundunmade, B. G., John, D. O., & Chigbo, N. N. (2024). Ensuring quality of life in palliative care physiotherapy in developing countries. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, Article 1331885. <https://doi.org/10.3389/fre.sc.2024.1331885>
- Olsson Möller, U., Stigmar, K., Beck, I., Malmström, M., & Rasmusson, B. H. (2018). Bridging gaps in everyday life: A free-listing approach to explore the variety of activities performed by physiotherapists in specialized palliative care. *BMC Palliative Care*, 17(1), Article 20. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0305-4>
- Oliveira, A., Semedo, A., Menezes, A., Maia e Moura, C., Mello Vieira, C., Souza Guerra, I., & Campos Jorge, P. (2019). Competências e objetivos do fisioterapeuta em cuidados paliativos [Physiotherapist competencies and goals in palliative care]. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*.
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Cardoso, D., Almeida, M., Cruz, A., & Apóstolo, J. (2020). Palliative rehabilitation interventions in palliative care: A scoping review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(11), 2349–2356. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00024>
- Peeler, A., Afolabi, O., & Harding, R. (2024). Palliative care is an overlooked global health priority. *BMJ*, 387, Article q2387. <https://doi.org/10.1136/bmj.q2387>
- Rice, H. T., Malcolm, L., Norman, K., Jones, A., Lee, K., Preston, G., McKenzie, D., & Maddocks, M. (2014). An evaluation of the St Christopher's Hospice rehabilitation gym circuits classes: Patient uptake, outcomes, and feedback. *Progress in Palliative Care*, 22(6), 319–325. <https://doi.org/10.1179/1743291X14Y.0000000083>

- Rodrigues, M. D., & Ferreira, S. L. (2023). Abordagens inovadoras em fisioterapia paliativa: Promovendo conforto e qualidade de vida. *Journal of Palliative Care & Rehabilitation*, 15(3), 78–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpcr.2023.03.005>
- Romero-Ortuño, R., Martínez-Velilla, N., Sutton, R., Ungar, A., Fedorowski, A., Galvin, R., Theou, O., Davies, A., Reilly, R. B., Claassen, J., Kelly, Á. M., & Ivanov, P. C. (2021). Network physiology in aging and frailty: The grand challenge of physiological reserve in older adults. *Frontiers in Network Physiology*, 1, Article 712430. <https://doi.org/10.3389/fnetp.2021.712430>
- Ruíz-Fernández, M. D., Fernández-Medina, I. M., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Correa-Casado, M., & Fernández-Sola, C. (2021). Social acceptance of death and its implication for end-of-life care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 3132–3141. <https://doi.org/10.1111/jan.14836>
- Santos, R., & Pereira, L. (2022). *Fisioterapia e reabilitação em cuidados paliativos: Abordagens inovadoras para o conforto e a qualidade de vida [Physiotherapy and rehabilitation in palliative care: Innovative approaches for comfort and quality of life]*. Editora Vida.
- Silva, R. S., Caldeira, S., Coelho, A. N., & Alves Apóstolo, J. L. (2020). Forgiveness facilitation in palliative care: A scoping review. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(11), 2196–2230. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00286>
- Sistema Nacional de Saúde. (2021). *Cuidados paliativos [Palliative care]*. <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>
- Thompson, A., & Lee, M. (2023). *Contemporary advances in palliative rehabilitation*. Springer.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos [Palliative care (2nd ed.)]*. Climepsi Editores.
- Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L., Borasio, G. D., Büla, C., & Jox, R. J. (2018). Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatrics*, 18(1), Article 98. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>

- Xu, Y., Zhang, W., & Li, M. (2022). Effects of physiotherapy interventions on quality of life in palliative care: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 25(6), 456–465. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0456>;
- Vasconcelos, A. O. B. (2023). Atuação da fisioterapia na promoção de qualidade de vida em pessoas com câncer nos cuidados paliativos [Physiotherapy's role in promoting quality of life for cancer patients in palliative care] [Master's dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Wilson, C. M., Stiller, C. H., Doherty, D. J., Thompson, K. A., Smith, A. B., & Turczynski, K. L. (2022). Physical therapists in integrated palliative care: A qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e1), e59–e67. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002161>
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

APÊNDICES

APÊNDICE I- Checklist COREQ

| Domínio 1: Equipa de investigação | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caraterísticas pessoais | | |
| 1. Entrevistador/facilitador | Que autor(es) conduziu(aram) a entrevista ou o grupo de discussão? | A primeira e a última Autoras: Daniela Domingos e Vanda Varela Pedrosa |
| 2. Credenciais | Quais são as credenciais do investigador? Por exemplo, doutoramento, médico | O primeiro Autor: Daniela Domingos (Estudante de Mestrado) Segundo Autor: Ana Querido, PhD Terceiro Autor: Vanda Pedrosa, PhD |
| 3. Ocupação | Qual era a sua profissão na altura do estudo? | O primeiro Autor: Daniela Domingos (Estudante de Mestrado e fisioterapeuta há 4 anos) Segundo Autor: Ana Querido, Professora Coordenadora, PhD Terceiro Autor: Vanda Pedrosa, Professora Associada, PhD |
| 4. Género | O investigador era homem ou mulher? | O primeiro Autor: Daniela Domingos (Mestranda) Feminino. Segundo Autor: Ana Querido, PhD, Feminino Terceiro Autor: Vanda Pedrosa, PhD, Feminino |
| 5. Experiência e formação | Que experiência ou formação tem o investigador? | O primeiro Autor: Daniela Domingos (Estudante de Mestrado), Aulas e Seminários do Mestrado em Cuidados Paliativos Segundo Autor: Ana Querido, Doutorada, Mestre e Doutora em Investigação e Formação, orienta e coorienta trabalhos de investigação de alunos em diferentes níveis, é membro integrado da Unidade de Investigação da Escola de Ciências da Saúde. |

| | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Terceiro Autor: Vanda Pedrosa, Doutorada, Mestre e Doutora em Investigação e Formação, orienta e coordena trabalhos de investigação a diferentes níveis, é membro integrado da Unidade de Investigação da Faculdade de Ciências da Saúde. Tem experiência e prática em contextos de trabalho de Reabilitação. |
| 6. Relação estabelecida | Foi estabelecida uma relação antes do início dos estudos? | Nenhum. |
| 7. Conhecimento do entrevistador pelo participante | O que é que os participantes sabiam sobre o investigador? por exemplo, objectivos pessoais, razões para fazer a investigação. | Os participantes têm acesso ao entrevistador e reúnem as credenciais e os objectivos (pessoais e académicos) para realizar a investigação. Conhecem as credenciais dos outros dois membros. Conhecem estas credenciais no âmbito do consentimento informado assinado, antes das entrevistas. |
| 8. Características do entrevistador | Que características foram comunicadas sobre o entrevistador/facilitador? por exemplo, preconceitos, pressupostos, razões e interesses no tópico da investigação | Os participantes conhecem o interesse formal e da estudante de mestrado no tópico de investigação, uma estudante de mestrado em Cuidados Paliativos com formação em Fisioterapia, e trabalham na área da Reabilitação há quatro anos. A co-entrevistadora (que conduz o GF) está relacionada com domínio da reabilitação e nos seus conhecimentos, uma vez que é especialista em terapia e reabilitação. |
| Domínio 2: Conceção do estudo | | |
| Estrutura Teórica | | |
| 9. Orientação metodológica e teoria | Que orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? por exemplo, teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, | Análise temática reflexiva. |

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | fenomenologia, análise de conteúdo | |
| Seleção dos participantes | | |
| 10.Amostragem | Como é que os participantes foram selecionados? por exemplo, de forma intencional, por conveniência, consecutiva, bola de neve | Os participantes foram selecionados por conveniência e acesso aos dados. Técnica de amostragem objetiva. |
| 11.Método de abordagem | Como é que os participantes foram contactados? por exemplo, pessoalmente, por telefone, por correio, por correio eletrónico | Através dos grupos de interesse em Fisioterapia em Cuidados Paliativos do Facebook e por divulgação entre os pares. |
| 12.Tamanho da amostra | Quantos participantes estavam no estudo? | Foram recrutados 21 participantes. 15 participaram no estudo. |
| 13. Não participação | Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Motivos? | 6 participantes desistiram por razões pessoais e profissionais. |
| Definição | | |
| 14. Local de recolha de dados | Onde foram recolhidos os dados? por exemplo, em casa, na clínica, no local de trabalho | <i>On-line</i> , numa sala Zoom, criada para a investigação. |

| | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Presença de não participantes | Estava presente mais alguém para além dos participantes e dos investigadores? | Ninguém. |
| 16. Descrição da amostra | Quais são as características importantes da amostra? por exemplo, dados demográficos, data | Dados sociodemográficos |
| Recolha de Dados | | |
| 17. Guia de entrevista | Os autores forneceram perguntas, sugestões, guias? O projeto foi testado como piloto? | Sim (material suplementar). Foi preparado um guia temático, mas não foi testado. |
| 18. Repetir entrevistas | Foram efectuadas entrevistas repetidas? Em caso afirmativo, quantas? | Não foram efectuadas entrevistas repetidas. |
| 19. Registo áudio/visual | A investigação utilizou registos sonoros ou visuais para recolher os dados? | Apenas gravação de áudio para recolher os dados. |
| 20. Notas de campo | Foram feitas notas de campo durante e/ou após a entrevista ou o grupo de discussão? | Foram feitas notas de campo após cada grupo. Estas notas de campo foram utilizadas para ajudar na análise das gravações áudio transcritas. |
| 21. Duração | Qual foi a duração das entrevistas ou do grupo de discussão? | Média de 60 minutos (variando de 40 a 90 minutos) |

| | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22. Saturação de dados | Foi discutida a saturação de dados? | A saturação dos dados foi discutida na secção sobre a metodologia |
| 23. Transcrições devolvidas | As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correções? | Após a transcrição literal, os participantes puderam comentar, corrigir e validar as transcrições. (Concordam com elas). |
| Domínio 3: Análise e conclusões | | |
| Análise de dados | | |
| 24. Número de codificadores de dados | Quantos codificadores de dados codificaram os dados? | Dois (D. D. e V. V. P.) |
| 25. Descrição da árvore de codificação | Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação? | Sim, com etiqueta para temas e subtemas. |
| 26. Derivação de temas | Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? | Os temas foram extraídos dos dados durante a análise. |
| 27. Software | Que software, se aplicável, foi utilizado para gerir os dados? | Utilizámos o MAXQDA para gerir e organizar os dados. |
| 28. Controlo dos participantes | Os participantes deram feedback sobre os resultados? Relatórios Não | Não, mas leram-no e concordaram. |
| Relatórios | | |

| | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 29. Citações apresentadas | Foram apresentadas citações dos participantes para ilustrar os temas/conclusões? Cada citação foi identificada? por exemplo, número do participante | Sim. Todas as citações são identificadas, grupo, número e género. |
| 30. Dados e conclusões coerentes | Houve coerência entre os dados apresentados e as conclusões? | Sim. |
| 31. Clareza dos temas principais | Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados? | Sim. |
| 32. Clareza dos temas menores | Existe uma descrição de casos diversos ou uma discussão de temas menores? | Sim. |

Apêndice II- Guião de Entrevista Semiestruturada

| Questões | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <i>Podem clarificar em que contexto(s) de intervenção de CP costuma atuar?</i> |
| 2 | <i>Consideram que a intervenção não farmacológica de conforto realizada pela fisioterapia em CP é importante?</i> |
| 3 | <i>Podem explicar-nos quais as situações/tipologia de doença que estando integrados em CP usufruem da intervenção da Fisioterapia na perspetiva de conforto?</i> |
| 4 | <i>Pensando no que foi falado em 2, clarifique-nos se a sua intervenção é mais dedicada a situações/tipologia de doenças do foro oncológico e não oncológico.</i> |
| 5 | <i>Das situações mencionadas nas perguntas 2 e 3, quais as situações/tipologias de doença que, mais podem beneficiar das intervenções não farmacológicas de conforto do Fisioterapeuta?</i> |
| 6 | <i>Explique-nos qual(ais) intervenções não farmacológicas de conforto que usa enquanto Fisioterapeuta que atua em CP?</i> |
| 7 | <i>Quais os sinais e sintomas das situações mencionadas anteriormente que, mais beneficiam das intervenções não farmacológicas de conforto do Fisioterapeuta?</i> |
| 8 | <i>Considera que as intervenções não farmacológicas de conforto do Fisioterapeuta são apenas dedicadas ao doente ou também à sua família/cuidadores.</i> |
| 9 | <i>Das intervenções não farmacológicas de conforto que usa enquanto Fisioterapeuta que atua em CP, gostaríamos que para aquelas (até 3 que mais usa) pudesse abordar o seguinte: a sua dosagem/indicação, a sua frequência e duração e respetivo contexto?</i> |
| 10 | <i>Das intervenções não farmacológicas de conforto que usa enquanto Fisioterapeuta que atua em CP, gostaríamos que para aquelas (até 3 que mais usa) pudesse abordar o seguinte: que materiais e/ou equipamentos usa?</i> |
| 11 | <i>Gostaria de acrescentar ou dizer mais alguma coisa sobre o tema do Focus Group que ainda não tenha sido abordado?</i> |

Apêndice III- ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO

O presente estudo “Intervenção da Fisioterapia no conforto ao doente em Cuidados Paliativos” foi para tradução e após esta estar concluída será submetido para publicação na revista *Cancers*. https://www.mdpi.com/journal/cancers/special_issues/948I7W72T1.