



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**A FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO  
DOENTE IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: UMA  
REVISÃO SCOPING**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Cuidados Paliativos

Por:

Diana Vanessa Luís Almeida

Lisboa, 2024



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**A FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS NO DOENTE  
IDOSO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: UMA REVISÃO  
SCOPING**

**PHYSIOTHERAPY IN HOME-BASED PALLIATIVE CARE FOR  
ELDERLY PATIENTS: A SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Cuidados Paliativos

Sob a orientação de Ana Isabel Correia Matos de Ferreira Vieira

Por:

Diana Vanessa Luís Almeida

Lisboa, 2024

“Coming together is the beginning,  
keeping together is progress,  
working together is success”

**Henry Ford**

## Resumo

**Introdução:** A fisioterapia em cuidados paliativos desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas, especialmente no contexto domiciliário. Esta revisão scoping tem como objetivo mapear as práticas clínicas da fisioterapia aplicadas a doentes idosos em cuidados paliativos domiciliários e identificar lacunas na literatura científica.

**Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa abrangente nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, SCOPUS e WEB OF SCIENCE. Os critérios de inclusão basearam-se na população (pessoas idosas com 65 anos ou mais), no conceito (intervenções de fisioterapia) e no contexto (cuidados paliativos no domicílio). O processo de seleção dos estudos foi documentado através de um diagrama de fluxo PRISMA.

**Resultados:** Foram identificados 3317 artigos, dos quais 1108 eram duplicados. Após a triagem inicial, 36 artigos foram selecionados para leitura integral, resultando na inclusão de apenas um artigo que cumpriu todos os critérios de inclusão. As principais razões para a exclusão dos outros artigos foram a ausência de uma descrição detalhada das intervenções de fisioterapia e a inclusão de populações com menos de 65 anos.

**Conclusões:** Esta revisão revela uma escassez de evidência sobre a prática clínica da fisioterapia em cuidados paliativos domiciliários para doentes idosos. Identifica-se a necessidade de mais investigação científica específica para esta área, com o intuito de fornecer diretrizes mais robustas para a prática clínica.

**Palavras-Chave:** Fisioterapia, Cuidados Paliativos, Idosos, Cuidados Domiciliários, Revisão de Escopo.

## **Abstract**

**Introduction:** Physiotherapy in palliative care plays a fundamental role in improving the quality of life of older people, especially in the home-based care context. This scoping review aims to map the clinical practices of physiotherapy applied to elderly patients in home-based palliative care and identify gaps in the scientific literature.

**Methodology:** A comprehensive search was conducted across the MEDLINE, CINAHL, SCOPUS, and WEB OF SCIENCE databases. The inclusion criteria were based on the population (elderly individuals aged 65 or over), on concept (physiotherapy interventions), and on context (home-based palliative care). The study selection process was documented using a PRISMA flowchart.

**Results:** A total of 3317 articles were identified, of which 1108 were duplicates. After initial screening, 36 articles were selected for full-text reading, resulting in the inclusion of only one article that met all the inclusion criteria. The main reasons for excluding other articles were the lack of a detailed description of physiotherapy interventions and the inclusion of populations younger than 65 years.

**Conclusions:** This review reveals a scarcity of evidence on physiotherapy practice in home-based palliative care for elderly patients. There is a clear need for more specific scientific research in this area to provide stronger guidelines for clinical practice.

**Keywords:** Physical Therapy, Palliative Care, Elderly, Home Care, Scoping Review.

## Agradecimentos

Este trabalho representa o fruto de um longo percurso acadêmico que me propus realizar contando com o apoio de inúmeras pessoas sem as quais não teria sido possível alcançá-lo com sucesso e, por isso, deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar quero agradecer ao professor Manuel Luís Vila Capelas por toda a orientação, apoio e palavras de incentivo, ao longo de toda a jornada, que me ajudaram a continuar com alento.

Agradeço à minha orientadora de tese, a fisioterapeuta Ana Isabel Correia Matos de Ferreira Vieira, pela orientação e compreensão que sempre demonstrou comigo.

Agradeço à fisioterapeuta Cristina Mello Vieira pelo carinho demonstrado, por aceitar o desafio de ser revisora e pela disponibilidade em me ajudar sempre que precisei.

À minha família, em especial ao meu marido e filho agradeço todo o apoio e compreensão perante a minha ausência em muitos momentos ao longo destes últimos meses. Agradeço à minha avó, que com os seus 88 anos, faz questão de me lembrar todos os dias o quão é importante para ela ser cuidada e morrer em casa. Será sempre uma inspiração para mim.

Agradeço à minha amiga, a fisioterapeuta Ângela Pereira, pela disponibilidade em me ouvir e ajudar em momentos de dúvida e desalento.

Por último, o meu mais sentido agradecimento ao Dr. Pedro Madeira Marques, pela ajuda na revisão da escrita e, aconselhamento, na área da medicina geriátrica.

## **Abreviaturas e Siglas**

AVD`s – Atividades de Vida Diária

CP - Cuidados Paliativos

EAPC - European Association for Palliative Care

Eurostat - Statistical Office of the European Union

JBI – Joanna Briggs Institute

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

# Índice

Índice de Tabelas .....	viii
Índice de Figuras.....	viii
Introdução .....	1
Parte I - Revisão da Literatura .....	4
1. Cuidados Paliativos no Doente Idoso .....	5
2. Cuidados Paliativos Domiciliários no Doente Idoso .....	11
3. Fisioterapia em Cuidados Paliativos .....	16
4. Fisioterapia em Cuidados Paliativos no Contexto Domiciliário .....	27
Parte II – Metodologia.....	32
5. Problemas em Estudo .....	33
5.1 Tipo de Estudo .....	34
5.2 População/Amostra .....	34
5.3 Instrumento de Colheita de Dados .....	45
5.4 Procedimentos de Colheita de Dados.....	45
5.5 Processamento dos Dados.....	46
5.6 Considerações Éticas.....	47
6. Resultados .....	48
7. Discussão.....	54
8. Conclusões .....	61
9. Referências Bibliográficas.....	63
Apêndices .....	69
Apêndice 1 - Bases de Dados Utilizadas .....	70
Apêndice 2 - Estratégia População/Conceito/Contexto com as palavras de pesquisa .....	71
Apêndice 3 - Instrumento para Extração de Dados segundo o Protocolo da JBI .....	72
Apêndice 4 - Estudos Excluídos Durante o Processo de Seleção.....	73
Anexos .....	82
Anexo 1. JBI Critical Appraisal Checklist for case reports .....	83

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1 – Domínios da Prática Clínica do Fisioterapeuta em CP e a sua Descrição.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 2 - Tabela com a identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 3 - Resposta à questão: “Qual é a prática clínica do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 4 - Resposta à questão: “Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário? .....</b>	<b>50</b>
<b>Tabela 5 - Resposta à questão: “Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabela 6 - Resposta à questão: “Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” .....</b>	<b>52</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1 - Seleção de Estudos nas Bases de Dados .....</b>	<b>45</b>
---	-----------

## Introdução

Nos últimos nove anos, como fisioterapeuta, desenvolvi a minha prática clínica essencialmente em contexto hospitalar, onde diariamente acompanho e trato muitos idosos com doença avançada, progressiva e incurável, que experienciam sofrimento físico, psicológico ou espiritual. Por esta razão, a investigação sobre os Cuidados Paliativos (CP) no doente idoso tornou-se uma prioridade para mim. Além disso, com a minha experiência em contexto domiciliário ao longo da carreira, reconheço o valor que este ambiente pode ter no cuidado ao idoso, assim como a crescente necessidade de se desenvolver investigação nesta área.

Os CP adotam uma abordagem integrativa em saúde, direcionada a doentes que enfrentam sofrimento resultante de doenças que ameaçam a vida. Esta abordagem é interdisciplinar, contando com a participação de profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais, entre outros, todos com experiência e conhecimento em CP.<sup>1,2</sup> O seu principal objetivo centra-se no alívio do sofrimento, na melhoria da qualidade de vida e na preservação da dignidade do doente ao longo de toda a trajetória da doença.<sup>3,4,5</sup> A intervenção dos CP centra-se na prevenção e alívio da dor e outros sintomas físicos, bem como no apoio psicológico, social e espiritual, atendendo tanto às necessidades do doente quanto às da sua família.<sup>3,4,6</sup> É essencial garantir que todos os doentes tenham acesso equitativo aos CP, independentemente do diagnóstico, da fase da doença<sup>3,7</sup> ou do local onde o doente se encontra, seja no seu domicílio ou no hospital.<sup>3</sup> De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os CP devem ser integrados ao longo do curso de tratamento, incluindo potenciais terapias curativas.<sup>7</sup>

O doente idoso é frequentemente vulnerável e inserido num contexto social delicado, o que realça a importância dos CP. As necessidades paliativas no idoso diferem das encontradas em adultos mais jovens,<sup>4,8</sup> tornando crucial o desenvolvimento de estudos específicos para esta população.

Em CP, devido à gravidade da condição clínica, muitos doentes apresentam elevada incapacidade funcional, necessitando de cuidados de fisioterapia.<sup>9</sup> Contudo, o acesso a este serviço permanece inconsistente. A

evidência científica existente demonstra os benefícios que a fisioterapia pode oferecer no controlo dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida tanto do doente quanto da sua família.<sup>9</sup> Assim, torna-se fundamental realizar mais estudos que avaliem a efetividade da prática clínica do fisioterapeuta em CP.<sup>10</sup>

A literatura recente também indica uma mudança na preferência do local para morrer, com cada vez mais doentes a optarem pelo domicílio em vez do hospital. Este facto exige um novo foco nos cuidados prestados ao doente e à sua família no contexto domiciliário. É imperativo investigar o impacto dos cuidados e dos serviços envolvidos neste cenário, identificando boas práticas e evidências que orientem as intervenções futuras em saúde.<sup>11</sup>

Atualmente, a prática clínica de CP no domicílio carece de investigação aprofundada,<sup>9,12</sup> e são poucos os estudos que avaliam o impacto da fisioterapia na funcionalidade dos doentes em contexto domiciliário.<sup>10</sup>

Este estudo consiste numa revisão de literatura de natureza qualitativa, mais especificamente, uma revisão scoping. A sua elaboração seguiu o protocolo do *Joanna Briggs Institute* (JBI), passando pelas seguintes etapas: formulação da questão de investigação, definição dos critérios de inclusão dos estudos, estratégia de pesquisa e bases de dados, seleção dos estudos (realizada por dois revisores independentes), extração de dados, análise e síntese dos mesmos.

O objetivo principal deste estudo é identificar e mapear o conhecimento sobre a prática clínica do fisioterapeuta no tratamento de doentes idosos em CP no contexto domiciliário. Para alcançar este objetivo, foram estabelecidos três objetivos específicos: determinar as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso em contexto domiciliário; identificar as estratégias de intervenção; e descrever os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após a intervenção do fisioterapeuta.

A fisioterapia assume um papel crucial nos CP, particularmente num contexto domiciliário, onde o foco principal é a melhoria da qualidade de vida do doente idoso. Esta revisão procura mapear as práticas atuais e identificar lacunas na literatura para orientar futuras investigações.

A dissertação está organizada em seis partes. Na primeira parte, é feita uma revisão da literatura que suporta o estudo, explorando e aprofundando os conceitos-chave (população, conceito e contexto), assim como a correlação entre eles, com base na literatura disponível: CP no doente idoso, fisioterapia e cuidados domiciliários. Na segunda parte, são apresentadas as questões de investigação; na terceira, é detalhada a metodologia utilizada para a realização da revisão scoping; a quarta e quinta partes apresentam e discutem os resultados obtidos; e, finalmente, na sexta parte, são expostas as conclusões com base nos objetivos estabelecidos e nos resultados alcançados.

As referências no texto e a bibliografia seguem as normas de *Vancouver superscript*.

# **Parte I - Revisão da Literatura**

## 1. Cuidados Paliativos no Doente Idoso

A população mundial está a envelhecer, enquanto a esperança média de vida se encontra a aumentar.<sup>13</sup> Há uma “mudança demográfica” na população dos países desenvolvidos constituindo um importante desafio social para os governos num futuro próximo,<sup>14</sup> resultando numa amplificação do interesse nesta área, tanto de políticos como investigadores.<sup>13</sup>

A população idosa com mais de 85 anos tem sido o segmento da população que mais tem aumentado.<sup>14</sup> Em 2050, estima-se que um quarto da população europeia tenha idade igual ou superior a 65 anos.<sup>5</sup> Em Portugal, estima-se que em 2030, aproximadamente, um quarto da população tenha idade igual ou superior a 65 anos e, em 2050, estima-se que esta faixa etária ultrapasse um terço da nossa população.<sup>5</sup> Dados do *Eurostat*, em 2020, apontam Portugal como um dos países mais envelhecidos da União Europeia, sendo o terceiro país com uma proporção mais elevada de população com idade igual ou superior a 80 anos.<sup>15</sup>

Define-se população idosa por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.<sup>16,17,18</sup>

A melhoria dos cuidados de saúde ao longo dos anos permitiram um aumento da sobrevivência dos indivíduos, resultando num aumento do número de pessoas idosas.<sup>1</sup> Contudo, a par deste aspeto, tem-se verificado um aumento da morbilidade do doente idoso em fim de vida (período que pode durar dias, semanas ou mesmo meses antes da morte), constituindo um dos maiores desafios para os cuidados de saúde, atualmente.<sup>4</sup> Nos últimos vinte anos de vida é esperado, para a maioria da população, um aumento da morbilidade crónica, incapacidade funcional, fragilidade e declínio cognitivo.<sup>6,14,8</sup> O envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida impõem significativas mudanças na otimização da prestação de cuidados à população.<sup>7</sup> A pessoa idosa apresenta um elevado risco de desenvolver doença crónica, progressiva e incurável<sup>7</sup> com a presença de diversos sintomas concomitantes<sup>19</sup> e necessidades complexas, destacando-se a importância dos CP como resposta na prestação de cuidados.<sup>5,7</sup> Os CP no doente idoso são uma prioridade urgente em saúde pública face ao envelhecimento da população e devem integrar todos

os sistemas de saúde.<sup>5,6</sup> Contudo, atualmente, a política em saúde em torno das suas necessidades específicas em fim de vida ainda é escassa.<sup>5</sup>

Na pessoa idosa, o aumento da morbidade no final da vida conduz a alterações nas principais causas de morte, bem como na duração e no próprio contexto do período que precede o falecimento. O fim de vida, no doente idoso, tornou-se mais longo com tomada de decisões complexas relativas a tratamentos, desafios no controlo de sintomas, a existência de problemas psicossociais e sofrimento espiritual.<sup>4</sup> Este período é também acompanhado por um declínio da capacidade funcional,<sup>7</sup> onde são expectáveis várias idas ao hospital. A trajetória da doença, caracterizada por várias transições entre locais de prestação de cuidados,<sup>4</sup> é descrita como uma verdadeira “montanha-russa”.<sup>19</sup> O doente idoso é, muitas vezes, vítima de distanásia, sendo submetido a procedimentos médicos desnecessários e tratamentos de elevado custo para o próprio, respetiva família e sociedade.<sup>7</sup> É também clara uma falta de coordenação nos cuidados prestados com o relato de múltiplas intervenções,<sup>4,6</sup> hospitalizações e idas aos serviços de urgência nos últimos meses de vida.<sup>4</sup> Pode ser desafiante para os profissionais de saúde estabelecer um plano de cuidados pela dificuldade em prever a sobrevivência do doente idoso, a constante incerteza da sua condição clínica e a complexidade das suas necessidades em fim de vida.<sup>20</sup>

No último ano de vida, frequentemente, o doente idoso apresenta como sintomas: dor, anorexia, humor deprimido, *delirium*, alterações do trânsito intestinal, insónia e incontinência urinária e fecal.<sup>5</sup> É, frequentemente, um doente frágil, inserido num contexto sensível a requerer cuidados e tomada de decisões ponderada. Contudo, a fragilidade não pressupõe ausência de autonomia e, por isso, é fundamental respeitar as suas perspetivas, desejos e preferências, bem como, os da sua família.<sup>4</sup> A identidade do doente idoso deve ser preservada. Este deve ser orientado para manifestar os seus planos de vida e os seus principais objetivos para os cuidados prestados, informando-o e envolvendo-o na tomada de decisões.<sup>4,20</sup>

O doente idoso apresenta uma menor reserva fisiológica, menor resiliência e uma maior complexidade em recuperar o estado funcional prévio a

cada recaída. Existe um duplo desafio: o envelhecimento e o processo de morte.<sup>19</sup> Associados às alterações inerentes do envelhecimento, sejam elas de natureza sensorial (audição, visão, propriocepção, entre outras), motora (sarcopenia) ou cognitiva, apresentam-se os problemas decorrentes de uma doença terminal.<sup>14,19</sup> A população idosa tem características e necessidades próprias que variam de intensidade ao longo da trajetória da doença culminando num complexo fim de vida.<sup>21,20</sup> Em CP, no acompanhamento do doente idoso é necessário ter conhecimento integrado de todas estas problemáticas e reconhecer o impacto que todos estes problemas associados ao envelhecimento podem ter no seu dia a dia<sup>19</sup> para otimizar os cuidados em saúde e os resultados alcançados. As múltiplas comorbidades, são, muito frequentemente, acompanhadas de polimedicação. O seu estado emocional (depressão e isolamento) e socioeconómico têm as suas particularidades,<sup>21,22</sup> assim como, a sua rede de suporte, que, maioritariamente, é fraca (seja de natureza social ou familiar).<sup>22</sup>

A sua capacidade funcional nas atividades básicas e instrumentais é afetada duplamente, por um lado pelo processo de envelhecimento, e por outro, pela presença de doença avançada, crónica e incurável.<sup>19</sup> A prevalência de patologias neurodegenerativas, tais como, as demências e a doença de Parkinson, em pessoas com mais de 85 anos tem como principal fator de risco a idade, traduzindo-se num aumento da incapacidade funcional do idoso ao longo do tempo.<sup>14</sup> A instabilidade clínica e a complexidade são características comuns no idoso, sendo que o grande desafio reside na identificação do limiar a partir do qual se torna essencial uma abordagem de CP, face à progressiva deterioração da sua condição clínica.<sup>22</sup>

Para melhorar a qualidade de vida do doente idoso com doença avançada e limitante da vida, a abordagem dos cuidados deve ser fruto de uma colaboração estreita entre os CP e a Geriatria. Esta colaboração deve adotar uma abordagem integrativa, considerando a situação de vida do doente e combinando os princípios de ambas as especialidades, através de um diálogo contínuo e partilha de conhecimentos no processo de tomada de decisões.<sup>4,5,8</sup> Para a medicina geriátrica, “menos é melhor”. Menos medicação, menos testes,

consultas, procedimentos médicos e internamentos hospitalares traduzem-se numa melhor qualidade de vida, assim como, num aumento do tempo de vida no idoso.<sup>23</sup>

Em CP, o principal objetivo com o doente idoso é desenvolver e promover estratégias de intervenção, baseadas na evidência com condição de doença avançada e incurável, limitante da vida.<sup>4,23</sup> Deste modo, é fundamental que a equipa de CP adquira conhecimento e experiência clínica nas diversas síndromes geriátricas, como a síndrome de imobilidade, a incontinência urinária e as quedas, bem como nas alterações relacionadas com a idade que afetam a farmacocinética e a farmacodinâmica, e no impacto da polimedicação. Além disso, é importante que a equipa esteja ciente da existência e das particularidades dos cuidados de longa duração.<sup>5</sup> As quedas, no doente idoso, estão, frequentemente, associadas a declínio funcional, sendo a quinta principal causa de morte nesta população e uma das principais causas de incapacidade funcional. Uma abordagem em CP no doente idoso deve contemplar a prevenção de quedas (possíveis efeitos secundários da medicação, histórico de quedas, fisioterapia).<sup>23</sup>

Num estudo sobre a integração dos CP numa enfermaria de geriatria, com destaque para a temática da tomada de decisões, da participação nos cuidados, da comunicação e informação, verificou-se um aumento da satisfação do doente idoso.<sup>8</sup> Uma revisão da literatura demonstrou a eficácia da abordagem em CP na população idosa residente em lares, evidenciando melhorias nos resultados clínicos, na prestação de cuidados e na perceção dos familiares quanto à qualidade dos serviços prestados. Observou-se, ainda, uma redução no número de intervenções invasivas, como o uso de contenções físicas e a colocação de gastrostomias endoscópicas percutâneas.<sup>22</sup>

O principal desafio dos CP no doente idoso está na dificuldade em integrar a população idosa em investigação científica, seja pela presença de défice cognitivo que impossibilita o consentimento informado, seja pela dificuldade na divulgação da informação e recrutamento ou pela elevada taxa de abandono durante o estudo devido à curta expectativa de vida.<sup>4</sup>

A tomada de decisões em fim de vida relativa aos cuidados de saúde e às diretivas antecipadas de vontade constituem outro desafio no doente idoso.<sup>4,6</sup> Todo o processo pode ser difícil, essencialmente, pela presença de alterações sensoriais e cognitivas que constituem barreiras de comunicação, com destaque para a dificuldade de interpretação do comportamento não verbal na presença de incapacidade para a tomada de decisões. Em alguns casos há também o conflito entre os interesses do idoso e os interesses da sua família.<sup>4</sup>

Na prestação de cuidados, a principal dificuldade reside na fraca coordenação entre as diferentes áreas e especialidades da saúde, o que resulta numa diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Verifica-se um excesso de prescrição de medicação inadequada no doente idoso e, frequentemente, um conflito de recomendações entre diferentes profissionais, expondo o doente a um risco clínico superior ao causado pela própria doença. Sabe-se que a qualidade de vida do doente é significativamente melhorada quando há uma boa coordenação dos cuidados, refletindo-se também num menor número de tratamentos invasivos em fim de vida e numa redução dos custos associados a intervenções para o benefício do doente.<sup>4</sup>

Os desafios na tomada de decisões podem ser ultrapassados com a elaboração do plano avançado de cuidados, devendo este ter em conta o progressivo deterioramento cognitivo do idoso.<sup>4,8</sup> O plano avançado de cuidados permite garantir que, posteriormente, a tomada de decisões reflita os valores e crenças do doente, os possíveis cenários decorrentes da deterioração da condição clínica, a definição dos objetivos e preferências quanto aos cuidados médicos e tratamentos, bem como, a discussão de toda a informação com os profissionais de saúde e a respetiva família.<sup>22</sup> No doente idoso, os obstáculos na elaboração do plano avançado de cuidados assentam na inatividade do idoso face à expectativa que outros tomem as decisões (seja a respetiva família ou o médico responsável),<sup>8,22</sup> na relutância da família em discutir os cuidados em fim de vida e na incerteza do prognóstico.<sup>22</sup> Na elaboração do plano avançado de cuidados deve ser providenciado um contexto no qual o doente idoso e a sua família sintam o apoio da equipa, onde a sua tomada de decisões seja respeitada e assegurada a sua máxima independência pelo maior período possível, assim

como, a oportunidade de desempenhar um papel mais ativo no seu processo de fim de vida.<sup>19</sup> Quando o doente idoso não for capaz de tomar decisões e na ausência de um plano avançado de cuidados, deve-se assegurar que a tomada de decisões da família reflita, exclusivamente, os interesses e preferências do doente.<sup>4</sup> A maioria da população idosa gostaria de discutir os cuidados em fim de vida, contudo, apenas uma pequena parcela tem oportunidade de o fazer.<sup>22</sup>

Neste sentido, promover o conhecimento sobre os princípios dos CP e as competências gerais em CP de todos os profissionais de saúde que trabalham com idosos é emergente, dado as atuais necessidades paliativas do doente idoso.<sup>7</sup>

A investigação no envelhecimento é de extrema importância nos diferentes domínios, com destaque para a saúde, bem-estar, educação e programas sociais.<sup>14</sup> Em CP é uma mais valia desenvolver investigação com o doente idoso onde exista uma colaboração efetiva entre os CP e a geriatria.<sup>5</sup> É importante promover o reconhecimento da sociedade face a esta problemática para promover o financiamento de programas específicos na área, o envolvimento e a reestruturação dos cursos académicos e o acesso ao conhecimento científico.<sup>4</sup>

## **2. Cuidados Paliativos Domiciliários no Doente Idoso**

A OMS define cuidados domiciliários como a prestação de serviços de saúde por cuidadores formais e informais no domicílio. O objetivo é a otimização do conforto do doente, bem como, da sua funcionalidade e saúde, preservando a sua dignidade até à morte, conferindo-lhe privacidade e maior conforto.<sup>24</sup> Dignidade é um conceito central na prestação de cuidados. Preservar a dignidade da pessoa é fazê-la sentir-se aceite como pessoa única, completa e respeitada. A dignidade do indivíduo está correlacionada com a sua capacidade de determinar quais as atividades que fazem parte do seu dia a dia, tendo a oportunidade de participar nas mesmas.<sup>25</sup>

Os CP domiciliários têm por base uma abordagem integrativa da prestação de cuidados a doentes com doença crónica, avançada e incurável,<sup>24</sup> ao longo de toda a trajetória da doença,<sup>26</sup> com importante impacto na dignidade do doente. Desempenham um importante papel no processo de luto da família e cuidadores. São úteis no combate à sobrecarga e escassez de recursos existente nos hospitais.<sup>24</sup> A equipa de CP domiciliários presta cuidados especializados de CP ao doente e respetiva família no seu domicílio, bem como, aconselhamento especializado a outros profissionais de saúde que contactem com o doente, neste contexto.<sup>3</sup> A pandemia COVID- 19 trouxe um maior reconhecimento e acesso aos cuidados domiciliários.<sup>26</sup>

O crescente aumento da população idosa, tem despoletado a necessidade de desenvolver cuidados domiciliários, sejam eles, de enfermagem, fisioterapia ou CP, entre outros, obrigando a uma reorganização dos cuidados de saúde existentes uma vez que esta tendência se manterá nas próximas décadas.<sup>21</sup> Com a prestação de cuidados domiciliários é possível melhorar os resultados em saúde do doente e reduzir os custos associados aos cuidados de saúde, contudo é necessário otimizar a comunicação sobre o plano avançado de cuidados e os objetivos a alcançar com o doente, bem como, a colaboração entre os diferentes serviços de saúde sendo necessário um bom planeamento, para uma transição segura e confortável do doente entre os diferentes locais de prestação de cuidados.<sup>26</sup>

Um grande número de idosos vive na sua própria casa, sozinhos ou com a respetiva família, nos seus últimos anos de vida,<sup>20</sup> tendo como local de preferência para receber cuidados de saúde e morrer, o próprio domicílio.<sup>8,27,28</sup> Para o doente idoso é prioritário ter uma morte tranquila com bom controlo sintomático, com especial atenção à dor, preferindo a qualidade de vida à quantidade na tomada de decisões relativas à morte em casa.<sup>28</sup> Este cenário é possível com a participação da equipa interdisciplinar dos CP domiciliários e da existência de um cuidador informal capacitado para cuidar do idoso.<sup>26,28</sup> Um estudo realizado com doentes idosos com síndrome de fragilidade e diagnóstico de pneumonia concluiu que a intervenção dos CP domiciliários permitiu alcançar melhores resultados, incluindo na preservação da funcionalidade, comparativamente, a doentes internados com situação clínica idêntica. O diagnóstico de pneumonia é um dos diagnósticos mais comuns que resultam na hospitalização e morte do idoso. Neste estudo, a abordagem dos CP domiciliários, permitiu uma recuperação mais rápida do doente, registando-se uma menor ocorrência de *delirium* e morte por pneumonia.<sup>23</sup>

Na Europa, contrariamente ao desejado, o cenário atual é diferente. A maioria dos idosos morre no hospital, incluindo em unidades de cuidados intensivos, ou em estruturas de cuidados de longa duração.<sup>5,27</sup> Segundo a literatura, o doente idoso em fim de vida que permanece em internamento hospitalar ou apenas em seguimento em consulta externa (ambulatório) não tem as suas necessidades paliativas asseguradas na totalidade.<sup>29</sup> Sabe-se que doentes com necessidades paliativas sem acesso a CP registam uma pior qualidade de vida, refletindo-se no processo de morrer e na própria morte.<sup>27</sup>

O sentimento de frustração e perda de dignidade são comuns quando o doente não consegue controlar o local da sua morte. A tomada de decisões no doente idoso em fim de vida reflete um processo complexo dependente de diversos fatores, sendo o local de morte e o local de cuidados temas importantes a dialogar. Por outro lado, a falta de informação pode ter um impacto emocional muito negativo no doente, levando-o a sentir-se vulnerável, sozinho e sem apoio. Promover o controlo e o empoderamento no doente idoso em CP é, particularmente, importante em fim de vida e nas decisões para a escolha do

local da morte.<sup>28</sup> Na perspectiva dos doentes, em contexto domiciliário, a atenção dada às suas necessidades espirituais, o combate ao isolamento e à perda de autonomia devem ser reforçadas.<sup>30</sup>

Promover a morte do doente idoso em casa requer a integração de uma equipa de CP e profissionais especialistas nas mais diferentes áreas. É necessário suporte adicional para a família e cuidadores durante todo o processo de morrer e no processo de luto. No contexto domiciliário, a elaboração do plano avançado de cuidados é de extrema importância na facilitação das escolhas do doente, devendo este refletir a vontade do próprio ao longo da progressão da doença.<sup>28</sup> Quando o local de cuidados é a sua própria casa, a prioridade deve ser a autoestima do doente, a sua participação em atividades com significado e a partilha dos seus dias com pessoas significativas para si, bem como, a manutenção da esperança no futuro, dando sentido à vida.<sup>30</sup> Nos últimos anos de vida, a família, os amigos próximos, os vizinhos, a comunidade e o serviço de voluntariado desempenham um importante papel no cuidado de suporte ao idoso.<sup>20</sup>

A integração precoce dos CP permite ao doente manter-se ativo, independente e na sua casa, facilitando um processo de morrer e morte com qualidade. É possível cuidar do doente idoso em fim de vida, em sua casa, com um bom controlo de sintomas.<sup>27</sup> Por outro lado, para cuidar do doente idoso no domicílio é importante avaliar a sua funcionalidade nas atividades de vida diária (AVD's) e estabelecer um plano de cuidados adequado para otimizar a sua capacidade funcional na presença de dependência física.<sup>23</sup>

Na perspectiva do doente, em contexto domiciliário, há maior honestidade na transmissão de informações e no diálogo, comparativamente a outros locais de prestação de CP. A honestidade é um elemento essencial da relação terapêutica em CP.<sup>30</sup> Kalluri & Richman-Eisenstat (2017) desenvolveram um modelo de CP domiciliários interdisciplinar e colaborativo, do qual um dos principais focos é a promoção da qualidade no processo de morrer em casa. Este modelo foi desenvolvido pela equipa no acompanhamento de um idoso e ressalva: a importância de estabelecer um plano avançado de cuidados atempado com o doente e a respetiva família; a existência de uma equipa

interdisciplinar clínica e outra comunitária permitindo uma abordagem em CP precoce, onde a comunicação seja próxima e atempada entre ambas as equipas de profissionais; e a capacitação de cuidadores informais, permitindo-lhes sentirem-se empoderados para cuidar do doente em casa, com o apoio da equipa de CP.<sup>27</sup> O suporte à família é um componente fundamental dos CP. A família tem um papel essencial nos cuidados prestados ao doente no domicílio, constituindo uma prioridade em CP domiciliários. A avaliação das suas necessidades, expectativas e capacidades é fundamental, assim como, a avaliação de possível sobrecarga física ou presença de exaustão.<sup>22</sup>

A integração do doente idoso em CP é fundamental para a otimização do controlo sintomático, para alcançar um elevado nível de satisfação do doente e respetiva família, bem como, uma maior probabilidade de morrer em casa.<sup>26,29</sup> Com o acesso aos CP domiciliários é também possível uma diminuição de custos relacionados com as idas ao hospital e um internamento hospitalar.<sup>26,29,31</sup> Assim, para alcançar estes parâmetros, é necessário desenvolver mais equipas de CP domiciliários e capacitá-las de modo a dar o suporte necessário ao doente idoso e respetiva família, em horário alargado, sete dias por semana. Os cuidados na comunidade devem ser promovidos através de um melhor planeamento, coordenação e captação dos serviços locais já existentes, realçando o trabalho de equipa com as organizações locais de modo a desenvolver melhores práticas em saúde e sociais. É importante envolver e dotar de conhecimento em CP, os profissionais de saúde existentes na comunidade.<sup>5</sup> Por outro lado, é fundamental dotar de conhecimento e experiência os profissionais que se encontram no hospital de modo a facilitar o encaminhamento e orientação do doente idoso para receber os cuidados necessários no seu domicílio.<sup>27,31</sup>

Atualmente, o acesso aos CP domiciliários no doente idoso com necessidades paliativas apresenta diversos obstáculos, entre eles, a crença numa maior efetividade no controlo de sintomas em fim de vida no hospital,<sup>27</sup> a ausência de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a possível progressão da trajetória da doença, a falha na comunicação entre as diferentes equipas do sistema de saúde, o foco exclusivo no tratamento curativo da doença ou o horário de funcionamento reduzido dos serviços de CP e serviços na

comunidade, entre outros.<sup>20,31</sup> Um dos grandes desafios existente é a coordenação e a continuidade dos cuidados entre os diferentes locais, que não são assegurados 24 horas/dia.<sup>20</sup> Assegurar os cuidados 24 horas/dia no domicílio é importante para a eficácia dos CP. Este fator associado à formação académica e experiência da equipa de CP aumenta o sentimento de segurança do doente e respetiva família, no domicílio, traduzindo-se num bom controlo sintomático e comunicação eficaz.<sup>32</sup>

A educação, a contínua melhoria do conhecimento dos profissionais sobre os cuidados domiciliários e a aposta na investigação neste contexto são essenciais para encontrar novas estratégias de intervenção com o doente idoso em fim de vida,<sup>31</sup> a par de uma medicina geriátrica mais integrativa e, sem esquecer, a importância da proximidade da medicina geral e familiar neste contexto promovendo uma comunicação eficaz entre todos para benefício do doente e respetiva família.<sup>29</sup>

### 3. Fisioterapia em Cuidados Paliativos

Nos últimos anos, tem-se verificado um crescente interesse da fisioterapia pelos doentes em CP.<sup>10</sup> Desde 2011 que o papel do fisioterapeuta em CP é reconhecido pela *American Physical Therapy Association*,<sup>33</sup> sendo um membro integrante da equipa interdisciplinar dos CP.<sup>3,34</sup> Com uma abordagem integrativa de todas as áreas do saber da fisioterapia, o fisioterapeuta em CP presta cuidados a pessoas com doença incurável e limitante da vida com o objetivo de prevenir e combater o declínio funcional do doente, sendo a funcionalidade uma componente da dignidade humana.<sup>35</sup>

O doente que apresenta uma patologia crónica, avançada e limitante da vida beneficia de fisioterapia neste contexto,<sup>1</sup> sendo a prática clínica do fisioterapeuta com o doente paliativo diferenciada da sua “prática comum”.<sup>33</sup> Em particular, no doente idoso, deve ser estabelecida uma abordagem em que os princípios da reabilitação sejam convergentes com os princípios dos CP e da geriatria com o seu principal foco no cuidado centrado no doente.<sup>20</sup>

A fisioterapia é uma das profissões que constituem a reabilitação, sendo responsável pela reabilitação física do indivíduo através de intervenções preventivas, curativas ou paliativas,<sup>36,37,38</sup> dependendo da fase da trajetória em que a doença se encontra. A fisioterapia tem como principais objetivos melhorar funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida do doente,<sup>37,38</sup> intervindo nas complicações decorrentes da doença e/ou tratamentos<sup>12</sup> e aliviando o sofrimento e a dor do doente.<sup>9,2</sup> Numa visão ampla, o foco da intervenção do fisioterapeuta é a incapacidade do doente, conceito que inclui o comprometimento da função física, a restrição na atividade e na participação na sociedade. A incapacidade depende da interação entre a condição de saúde, ambiental e os fatores pessoais de determinado indivíduo, com base na descrição da OMS.<sup>10,39</sup>

A prática clínica do fisioterapeuta em CP deve ser individualizada,<sup>10</sup> com uma progressão lenta e diminuição da intensidade, frequência e duração do tratamento a par da progressão da trajetória da doença com um progressivo foco no controlo da dor e no conforto do doente. O declínio funcional deve ser antecipado oferecendo estratégias ao doente e respetiva família para uma melhor adaptação e otimização da sua independência física no dia-a-dia.<sup>33,34,40</sup>

O fisioterapeuta deve dar suporte psicológico<sup>33,34</sup> e orientar o doente e a sua família para a aceitação da doença e para a vivência do seu dia-a-dia face ao confronto do idealizado por eles.<sup>9,12</sup> Em suma, toda e qualquer intervenção do fisioterapeuta tem como objetivo dar resposta às necessidades do doente, sejam elas de natureza física, psicológica, social ou espiritual.<sup>9,2</sup> Com a instalação da incapacidade física, surgem, frequentemente, as necessidades espirituais.<sup>33,12</sup> Para dar resposta a todas estas necessidades, é fundamental estabelecer os objetivos da intervenção com o doente,<sup>10,41,42</sup> a sua família e a respetiva equipa interdisciplinar, devendo estes ser revistos e ajustados face à progressão da doença, sempre que se justificar.<sup>41,42</sup> No seu todo, os objetivos da fisioterapia passam pela melhoria do conforto e da mobilidade do doente, otimizando a sua capacidade de socialização e a capacidade de autocuidado, independentemente da situação clínica.<sup>41</sup>

Contrariamente ao descrito anteriormente, que a prática clínica do fisioterapeuta em CP deve ser individualizada, Malcolm et al. (2016) realizaram um estudo distinto em CP, no qual a intervenção do fisioterapeuta é em grupo (prática de *pilates* ou circuito de exercícios). Os doentes descrevem a experiência como segura, sentindo-se confiantes e motivados para realizar exercício sabendo que sempre que necessário este seria adaptado à sua condição clínica. Foi realçada a importância da relação de amizade criada entre o pequeno grupo para o combate ao isolamento. O apoio entre os pares e a sua união foram elementos importantes para uma melhor gestão da doença, tendo sido alcançados ganhos no domínio físico e psicológico dos participantes.<sup>43</sup>

Em CP, a prática clínica do fisioterapeuta tem três vertentes de intervenção essenciais: nos cuidados diretos ao doente, seja numa função preventiva ou de suporte; nos ensinamentos ao doente e respetiva família, bem como, na formação/capacitação de outros profissionais; e como membro da equipa na tomada de decisões.<sup>9,19,41,44</sup> Ao integrar a equipa, o fisioterapeuta é uma mais valia pela sua capacidade de comunicação<sup>34</sup> e capacidade de reconhecimento das necessidades funcionais do doente.<sup>37</sup>

Na sua prática clínica em CP, a atenção do fisioterapeuta deve centrar-se nos sinais e sintomas do doente paliativo, observando e avaliando a sua função

física seja através da história clínica, movimentos do doente ou através de palpação. Nos últimos dias e horas de vida do doente impera a satisfação das suas necessidades básicas através de cuidados de conforto para aumentar a sensação de bem-estar, seja através de massagem terapêutica, posicionamento no leito ou colocar a música preferida do doente, por exemplo.<sup>9</sup>

O fisioterapeuta pode ainda desenvolver tarefas de coordenação e planeamento com a equipa de CP ou entre a equipa e o doente, sendo o elo de ligação entre o doente, a sua família e outros profissionais de saúde ou serviços, procurando dar resposta aos problemas do seu ponto de vista, enquanto fisioterapeuta.<sup>9</sup>

O fisioterapeuta sendo detentor de conhecimento teórico e técnico inerente da profissão, deve procurar integrar na sua prática clínica, outras técnicas e capacidades, sejam elas de comunicação, de relação terapêutica, de apoio à família e sentido de disponibilidade/presença, entre outras, sem as quais o alívio da sintomatologia em CP tem pouca efetividade.<sup>2</sup> Há uma mudança na estratégia de intervenção com o foco na prestação de cuidados centrados no doente e respetiva família<sup>19,41,42</sup> de modo a otimizar a qualidade de vida e promover o bem-estar do doente em fim de vida.<sup>19</sup>

Ao longo da trajetória da doença, vários tratamentos, sejam curativos, de reabilitação ou paliativos podem coexistir.<sup>41,45</sup> Independentemente da fase da trajetória da doença, a otimização da independência e da funcionalidade<sup>41</sup> (ambas objetos de estudo e de intervenção do fisioterapeuta)<sup>2</sup> são cruciais para o doente, sendo um importante fator da sua qualidade de vida<sup>41</sup> e da sua sobrevivência.<sup>42</sup>

A OMS define qualidade de vida como a perceção que cada indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto em que vive e segundo os seus valores. Pode ser influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e crenças.<sup>46</sup> A importância da avaliação da qualidade de vida em CP é reconhecida pela OMS, representando o impacto que determinada doença e o respetivo tratamento têm sobre a perceção de bem-estar do doente. Abordar a qualidade de vida do doente é fundamental para o poder orientar na tomada de decisões sobre a sua doença e tratamentos.<sup>2</sup> Para os doentes que se

encontram em CP, a qualidade de vida depende de vários aspetos importantes sejam eles do domínio cognitivo, emocional, físico, espiritual ou social. A preservação da sua autonomia e o acesso aos cuidados de saúde são também importantes fatores de qualidade de vida.<sup>47</sup>

Indivíduos com doença crónica, progressiva e incurável, apresentam vários sintomas em comum, independentemente da patologia, tais como, fadiga, astenia, alterações de humor, alterações cognitivas, dispneia, dor, declínio funcional<sup>42</sup>, fraqueza muscular e perda de apetite<sup>9</sup> com impacto negativo na sua qualidade de vida.<sup>42</sup> A progressão da doença diminui a capacidade funcional com conseqüente perda de mobilidade e diminuição na participação do doente nas AVD's, resultando num aumento do stress com descontrolo sintomático e sobrecarga do cuidador.<sup>9</sup> É, por isso, desejo de muitos destes doentes, preservar a sua independência funcional, mantendo a sua sensação de bem-estar e dignidade e reduzindo a sobrecarga da família durante as AVD's, ao longo da trajetória da sua doença.<sup>42</sup>

Cada trajetória da doença é única e o doente deve ser encorajado pelo fisioterapeuta a otimizar a sua funcionalidade, cultivando o sentimento de esperança no doente e levando-o a vivenciar o seu dia a dia. Neste âmbito, a discussão e reflexão entre o doente, a sua família e o fisioterapeuta sobre as várias mudanças e perdas que ocorrem é essencial. Estas representam o reflexo do processo natural de fim de vida e não refletem o fracasso do doente, família ou fisioterapeuta. No doente em fim de vida, o medo de abandono, de isolamento, perda de controlo e perda de dignidade são desafios comuns. É frequente o sentimento de incapacidade e incompetência para a realização das AVD's ou na participação de atividades em família.<sup>19</sup>

A intervenção do fisioterapeuta em CP desenvolve-se em quatro áreas principais: fisioterapia respiratória, controlo da dor, autonomia do doente e relaxamento.<sup>37</sup> O fisioterapeuta é o profissional de saúde especialista no tratamento do comprometimento musculoesquelético, através de intervenções com foco na melhoria da mobilidade, força muscular, flexibilidade, equilíbrio e resistência física.<sup>45</sup> A intervenção do fisioterapeuta em CP é descrita pela: execução de exercícios de fortalecimento muscular; técnicas de relaxamento;

tratamento do linfaedema; adaptações no meio ambiente envolvente tornando-o facilitador da independência física do doente; ensino de técnicas de conservação de energia e transferências de posição de modo a facilitar a execução de tarefas pelo doente no seu dia a dia;<sup>19,10,12</sup> introdução e adaptação a novos equipamentos para facilitar a mobilidade;<sup>19,10,34,12</sup> bem como, privilegiar o alívio sintomático da dor e medidas de conforto como, por exemplo, otimizar a mobilidade no leito e o posicionamento do doente.<sup>19,12</sup> Através de técnicas de massagem, o fisioterapeuta consegue promover uma redução da ansiedade no doente e um maior controlo da dor (diminuindo o número de doses de resgate necessárias).<sup>48</sup> Todo o exercício terapêutico desenvolvido em contexto de CP tem um objetivo funcional.<sup>19</sup> A adaptação do meio envolvente permite aumentar a sensação de segurança do doente na realização de tarefas no dia a dia e controlar o risco de queda.<sup>10</sup> Um programa de reabilitação pulmonar poderá ser desenvolvido em contexto de CP para otimizar a função e capacidade respiratória do doente.<sup>45</sup> Para o controlo da dispneia e/ou a promoção da mobilização de secreções, seja por meio de técnicas manuais ou mecânicas, podem ser desenvolvidos exercícios respiratórios.<sup>48</sup>

Em CP, deve ser criado um equilíbrio entre os períodos de maior esforço físico, com a implementação de períodos de repouso e o desenvolvimento de técnicas de relaxamento que permitam ao doente obter um maior controlo da dor e da fadiga, com conseqüente, aumento da qualidade de vida.<sup>10</sup>

A tabela 1 sumariza os domínios da prática clínica do fisioterapeuta em CP.

**Tabela 1 – Domínios da Prática Clínica do Fisioterapeuta em CP e a sua Descrição**<sup>19,10,12</sup>

<b>Reeducação da Marcha</b>	Treino de marcha; Introdução e adaptação de ajudas técnicas
<b>Treino de Transferências</b>	Prática da atividade com o doente; Recomendações à família/cuidador/equipa
<b>Exercício</b>	Movimentos: passivos, aeróbicos, de resistência, para treino de equilíbrio; Posicionamento
<b>Fisioterapia Respiratória</b>	Controlo ventilatório para a sensação de dispneia; Reabilitação pulmonar
<b>Controlo Sintomático da Dor</b>	Gelo, Calor, Terapia Manual, Eletroterapia
<b>Suporte Psicológico</b>	Promoção de diálogo; Relaxamento
<b>Tratamento do Linfedema</b>	_____
<b>Educação ao Doente e Família</b>	Técnicas de Conservação de Energia; Capacitar a família para cuidar do doente e otimizar a sua independência física na ausência do fisioterapeuta <sup>10</sup>

A investigação tem vindo a demonstrar efeitos positivos e consistentes em doentes com necessidades paliativas após a intervenção do fisioterapeuta, com destaque para o controlo da dor através da prática de exercícios terapêuticos,<sup>10</sup> reconhecendo para tal a importância de uma referenciação precoce.<sup>34</sup> Vários estudos sugerem que as intervenções do fisioterapeuta são benéficas no controlo da fadiga,<sup>12</sup> nomeadamente em doentes com neoplasia.<sup>41</sup>

Num estudo realizado num hospital geriátrico de Genova com 84 doentes em CP, 79% dos doentes receberam fisioterapia respiratória nas últimas 24 horas de vida. 55% destes doentes melhoraram a sua autonomia com a intervenção da fisioterapia até 8 dias antes de morrer.<sup>37</sup> Um outro estudo retrospectivo identificou que 65% dos idosos daquela amostra apresentavam necessidades de reabilitação, no entanto, apenas 9% teve acesso a cuidados de fisioterapia por situações de fratura ou solicitação do próprio doente para o respetivo acompanhamento. Em idosos com diagnóstico de cancro, a fisioterapia, é

fundamental para preservar a independência nas AVD's, através da conservação ou ganho de força muscular e endurance.<sup>45</sup>

A implementação de programas de exercícios terapêuticos tem alcançado resultados positivos na redução da dor, da fadiga, da dispneia, na melhoria da mobilidade e funcionalidade, bem como, na melhoria da depressão, ansiedade e humor do doente,<sup>9,10,48,34</sup> com redução da sobrecarga dos familiares/cuidadores e melhoria da qualidade de vida de doentes e familiares/cuidadores.<sup>48</sup>

Em CP, quando a reabilitação do doente deixa de ser o foco da intervenção, o fisioterapeuta deve procurar centrar-se na promoção da qualidade de vida do doente e em tratamentos de suporte,<sup>12</sup> gerindo os efeitos adversos causados pela doença.<sup>3</sup> A progressão da doença, obriga a um aumento dos cuidados diretos ao doente e um maior ênfase no seu conforto, numa escuta ativa e no sentimento de compaixão. A segurança e o conforto do doente e respetiva família prevalecem na intervenção do fisioterapeuta, em detrimento da intervenção focada na mobilidade. Após a morte do doente, como membro da equipa de CP, o fisioterapeuta pode prestar cuidados de suporte à família durante o processo de luto.<sup>33</sup> Neste processo de luto, foi percebido pela família uma maior efetividade da reabilitação quando ocorre uma maior partilha de conhecimento e participação do doente na tomada de decisões relativas à intervenção da fisioterapia.<sup>19</sup>

Em 2010, a literatura descreve o hospital como o principal local de intervenção do fisioterapeuta em CP. Há referência a um impacto positivo da fisioterapia na qualidade de vida e na perceção do bem-estar psicológico dos doentes em CP com diferentes patologias, tais como, o cancro, o vírus da imunodeficiência humana, as doenças neuromusculares, do foro cardiorrespiratório e na doença mental.<sup>41,44</sup> A intervenção do fisioterapeuta neste contexto é semelhante à descrita anteriormente nesta revisão.<sup>41</sup> Em ambiente hospitalar, a fisioterapia deve intervir, sempre que se justificar, no doente idoso com cancro, atempadamente. É fundamental avaliar o doente idoso, determinar que tipo de tratamentos irá precisar e planear os cuidados para o pós alta.<sup>45</sup> Em idosos com diagnóstico de cancro que se encontrem hospitalizados, os objetivos

principais da fisioterapia são a otimização da sua mobilidade e promoção da autonomia na marcha, bem como, o treino da transferência de/e para uma cadeira de rodas.<sup>45</sup>

Em ambulatório, a fisioterapia foca-se nas limitações músculoesqueléticas, na perda de mobilidade, força muscular, equilíbrio e resistência física do doente idoso com o objetivo de alcançar a máxima funcionalidade possível.<sup>45</sup>

Em *hospice*, o fisioterapeuta tem como foco a melhoria da qualidade de vida, o estado funcional, o controlo da dor e a adaptação do ambiente de modo a promover a oportunidade de participação em atividades significativas para o doente idoso e o seu principal cuidador.<sup>45</sup> Sabe-se que em doentes internados em *hospice*, a não integração do doente num programa de reabilitação encontra-se correlacionada com um pior declínio funcional e uma morte mais rápida.<sup>10</sup> Os cuidados de *hospice* refletem o cuidar a pessoa em fim de vida como um todo, assim como, a sua família, procurando assegurar as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Os cuidados de *hospice* podem ser assegurados onde o doente se encontra, seja em sua casa, num lar ou num contexto de internamento em estruturas especializadas, próprias de *hospice*. A equipa interdisciplinar tem como objetivo o alívio do sofrimento do doente e a preservação da sua dignidade.<sup>3</sup>

Em CP, a família é também o foco da intervenção da equipa.<sup>49</sup> O fisioterapeuta tem a responsabilidade de dotar a família de ferramentas úteis no cuidado ao doente (assistência na transferência de posição, utilização de diferentes equipamentos no apoio ao doente, entre outros).<sup>48</sup> Em 2023, *Bernabeu et al.* publicaram um estudo no qual o principal objetivo foi avaliar a efetividade da intervenção da fisioterapia em contexto de CP na melhoria do bem-estar psicológico e stress da família/cuidadores, com resultados positivos no seu bem-estar psicológico e na sua qualidade de vida.<sup>49</sup>

Em CP, a avaliação da fisioterapia deve estar presente desde o primeiro contacto com o doente até aos seus últimos dias e horas de vida.<sup>19,2</sup> Na sua avaliação, o fisioterapeuta deve ser capaz de identificar as necessidades existentes no domínio da espiritualidade tendo em conta a sua importância em

CP.<sup>19</sup> À semelhança do que acontece noutros contextos de atuação, o fisioterapeuta deve estabelecer a sua avaliação inicial e seguintes com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS permitindo assim ter uma linguagem universal e compreensiva a todos os membros da equipa na descrição de condições relacionadas com saúde possibilitando também a comparação de resultados em investigação.<sup>10</sup>

Num contexto de CP, o doente vê a fisioterapia como uma ferramenta com a qual pode melhorar a sua independência, encontrar suporte psicológico e o alívio dos sintomas. Na perspetiva do doente, o fisioterapeuta é promotor da sua sensação de bem-estar e sentimento de esperança na capacidade de se manter ativo<sup>9,12</sup> e melhorar a sua qualidade de vida. Envolver o doente no processo de planeamento da intervenção e no tratamento, permite-lhe sentir-se capacitado e com controlo sob a sua vida. O doente reconhece o fisioterapeuta como um profissional capaz de o orientar e motivar ao longo do seu processo de fim de vida.<sup>9</sup> O sentimento de insegurança na partilha de conhecimento ou em expressar os seus medos e tristezas acarreta sofrimento para o doente, podendo este sentimento ser exacerbado na ausência de um profissional disponível para uma escuta ativa. O fisioterapeuta, detentor de conhecimento científico e de estratégias de educação e comunicação, deve assumir este compromisso na relação terapêutica com o doente e a sua família, relacionando as alterações físicas e funcionais decorrentes da doença com o processo de evolução da mesma. Deve ser criado espaço e tempo para reconhecer e dialogar sobre determinadas questões, permitindo ao doente expressar os seus sentimentos e perdas, tais como, a perda de capacidade de conduzir, a necessidade de andarilho para caminhar ou, simplesmente, o apoio de terceiros para sair do leito.<sup>19</sup>

Para monitorizar os resultados obtidos em fisioterapia recomenda-se a utilização de escalas de medida apropriadas, como por exemplo, a Medida de Independência Funcional. Contudo, em CP é recomendada a utilização de escalas de medida mais específicas para a população em causa, tal como, a “Escala de Avaliação de Desempenho do Doente em CP” que tem em consideração aspetos físicos e psicológicos.<sup>41</sup> Para avaliar a eficácia das

intervenções em CP pode-se considerar a avaliação da funcionalidade e da qualidade de vida do doente.<sup>10</sup>

Atualmente, em CP, a referenciação do doente para a fisioterapia é inconsistente,<sup>9,33,34</sup> sendo condicionada: pelo desconhecimento dos profissionais de saúde quanto aos benefícios alcançados com a fisioterapia em doentes em CP;<sup>33</sup> pela opinião dos profissionais de saúde que argumentam o desconhecimento do fisioterapeuta e a inexistência de técnicas especializadas na fisioterapia para intervir em CP;<sup>9</sup> bem como, pelo receio de fomentar falsas esperanças nos doentes e respetivas famílias.<sup>9,19</sup> A decisão de limitar o número de profissionais envolvidos ao longo do processo com o doente e a respetiva família é também um motivo para a não referenciação para a fisioterapia.<sup>9</sup> Verifica-se, deste modo, a necessidade de investir na educação dos profissionais de saúde em geral e na comunidade de modo a promover um maior acesso dos doentes à fisioterapia em contexto de CP.<sup>34</sup>

É importante o fisioterapeuta integrar as equipas de CP de modo a desmistificar estes preconceitos,<sup>19</sup> assim como, investir e melhorar o seu conhecimento em CP. Um estudo realizado na Nigéria, reconheceu que alguns dos seus fisioterapeutas possuem conhecimentos “limitados” sobre os CP, à semelhança do que acontece na África do Sul. Sabe-se que fisioterapeutas especialistas em CP detêm conhecimento e métodos de reflexão mais adequados na tomada de decisões, comparativamente, aos fisioterapeutas com pouca experiência e conhecimento em CP.<sup>1</sup> Navarro-Meléndez et al. (2023) consideram que o número de doentes a receber cuidados de fisioterapia (avaliação e intervenção) na sua Unidade de CP é superior ao descrito na literatura (15% dos doentes face a 1,96% descrito na literatura), justificando este facto com a integração do fisioterapeuta na equipa de CP, reconhecendo, como essencial, a sua presença.<sup>48</sup>

Por último, a consciência pessoal e o reconhecimento da necessidade de suporte quando necessário, pelo fisioterapeuta, enquanto profissional que cuida de doentes com necessidades paliativas, são fundamentais. Para cuidar do outro, em CP, é importante conhecer-se a si mesmo e reconhecer os seus

próprios medos e desconfortos relacionados com o conceito e processo de morte.<sup>19</sup>

#### **4. Fisioterapia em Cuidados Paliativos no Contexto Domiciliário**

Inúmeros doentes com doença crónica, avançada e incurável gostariam de permanecer ou retomar às suas casas após um período de internamento, contudo a sua incapacidade funcional e a inexistência de um cuidador informal capacitado impedem este desejo.<sup>40</sup>

Se por um lado, a maioria dos doentes prefere receber os cuidados de saúde no domicílio, por outro lado, os seus familiares expressam a vontade de lhes prestar os cuidados no domicílio, considerando este contexto como o mais apropriado.<sup>50</sup> Contudo, na realidade, em 74% dos doentes com doença avançada e incurável, em situação de fim de vida, que têm como preferência receber cuidados e morrer em casa, apenas 40% têm essa oportunidade. Empoderar o doente e a respetiva família, de conhecimento e técnicas, assim como, de recursos logísticos, é essencial, para viabilizar a permanência do doente em casa com o máximo de conforto, mobilidade e qualidade de vida.<sup>40</sup> A prestação de cuidados ao doente pode ser uma experiência positiva para a família quando esta se sente apoiada pelos CP domiciliários.<sup>50</sup>

De modo a dar resposta a estas necessidades, deve existir uma intervenção do fisioterapeuta neste contexto.<sup>40</sup> Acredita-se que seja uma mais-valia na redução de custos e na redução do tempo de permanência do doente em internamento hospitalar ou em unidades de CP, potenciando a alta precoce do doente de um contexto de internamento e, conseqüentemente, a sua morte em casa. Por outro lado, acredita-se que, a intervenção do fisioterapeuta em CP domiciliários contribua para a prevenção de readmissões hospitalares decorrentes de quedas e para o alívio da carga do principal cuidador do doente. Em CP domiciliários, a maioria dos doentes referenciados para a fisioterapia têm diagnóstico de neoplasia.<sup>12</sup>

Cuidar do doente em casa permite ao fisioterapeuta observar, avaliar e tratar os seus problemas no seio da intimidade das suas necessidades. É possível ter uma visão mais ampla e uma abordagem diferenciada da situação, permitindo uma intervenção integrativa com o doente e a sua família no seu contexto diário, no qual há um sentimento de maior segurança.<sup>9</sup> Para o doente e

a respetiva família, permite-lhes ter a sua rotina diária com o mínimo de interferência externa, a par da aceitação e adaptação do processo de morte.<sup>32</sup> Para a família é importante sentir-se apoiada em todo o processo de aquisição de conhecimentos técnicos para cuidar do doente em casa.<sup>9</sup> Há evidência robusta que sugere o suporte à família como fundamental para facilitar os cuidados em casa.<sup>50</sup> Smith et al. (2020) desenvolveram um estudo cuja intervenção dos fisioterapeutas tinha como finalidade capacitar e dar suporte à família do doente com doença avançada e incurável de modo a tornar a sua permanência em casa possível e segura.<sup>40</sup> Com a facilitação da permanência do doente no seu domicílio, é possível dar-lhe mais tempo em família, diminuindo também os gastos em saúde.<sup>26</sup>

A cada visita domiciliária deve ser feito o levantamento das necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais do doente e família, adaptando os cuidados de acordo com as suas necessidades expressas.<sup>19</sup> As necessidades paliativas do doente determinam o que é mais importante na intervenção do profissional.<sup>26</sup>

Neste contexto, a intervenção vai além da visita domiciliária, da deslocação física e do tratamento em casa. É importante manter sempre um contacto próximo com o doente e a sua família de modo a assegurar a avaliação das suas necessidades paliativas. Numa situação de alta da fisioterapia, deve ser mantido o contacto com o doente para acompanhamento da evolução da trajetória da doença e deteção de algum evento que exija nova intervenção.<sup>9</sup> Em contexto domiciliário, o suporte psicológico e a vertente educacional representam uma maior relevância na prática clínica do fisioterapeuta, comparativamente ao contexto de internamento.<sup>12</sup>

No domicílio, a estratégia de avaliação do fisioterapeuta é descrita como um processo observacional da funcionalidade do doente e do meio envolvente, resultando na identificação de possíveis situações em que é necessário apoio. Neste contexto são identificadas possíveis alterações na casa e no ambiente envolvente com base nas dificuldades sentidas pelo doente e família.<sup>9</sup> Como instrumento de medida neste contexto destaca-se a *Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT-2)*, sendo utilizada por fisioterapeutas como medida da

funcionalidade. A *Escala de Barthel* e a *Medida de Independência Funcional* não são suficientes para detetar variações em doentes com um nível de funcionalidade baixo.<sup>12</sup>

Numa visita domiciliária, a intervenção do fisioterapeuta pode abranger diferentes tratamentos como resposta aos sintomas existentes, destacando-se: a aplicação de TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) para o alívio da dor; a execução de exercícios respiratórios para a otimização do controlo ventilatório; e os exercícios terapêuticos para os membros inferiores de modo a aumentar a flexibilidade.<sup>9</sup> Como medidas de conforto em casa, destacam-se: a massagem terapêutica para o alívio da dor; a drenagem linfática para o controlo do edema; o posicionamento no leito ou na cadeira de rodas para o conforto do doente e o alívio de regiões corporais sob pressão.<sup>19</sup>

Na Polónia, Cwirlej-Sozanska et al. (2020) realizaram um estudo na comunidade, no qual a intervenção do fisioterapeuta no domicílio com doentes paliativos se destacou maioritariamente pela prática de exercício, educação ao doente e família e pela reeducação da marcha. A intervenção do fisioterapeuta em CP domiciliários foi desenvolvida ao longo de 6 semanas com uma frequência semanal de 2 sessões com duração de 45 minutos por sessão, sendo o tratamento individualizado. A média de idades dos participantes foi de 66,3 anos (com idades entre os 55 e os 89 anos). Após a intervenção foram alcançados resultados, significativamente positivos, na execução das AVD's no domicílio, na mobilidade e no equilíbrio dos participantes, bem como, no estado de humor e na qualidade de vida.<sup>10</sup>

Doentes com necessidades paliativas que se encontrem no domicílio podem ser acompanhados por fisioterapeutas dos cuidados de saúde primários,<sup>12</sup> embora não tenham sido encontrados estudos que explorem a dinâmica entre a equipa dos CP e a equipa dos cuidados de saúde primários.<sup>26</sup> Na generalidade, o fisioterapeuta especialista em CP domiciliários desempenha um papel educacional. A sua intervenção deve focar-se em situações, como, linfaedema ou edema em doença avançada; prescrição de exercício físico em doentes em CP; presença de fadiga relacionada com o cancro; existência de fraturas patológicas/metástases ósseas; ou na presença de sofrimento

psicossocial relacionado com alterações da funcionalidade e difícil adaptação às alterações decorrentes da doença, entre outras descritas por *Cobbe et al. (2013)*.<sup>12</sup>

Como membro da equipa de CP domiciliários, o fisioterapeuta pode também desempenhar tarefas de organização, planeamento e coordenação de atividades, como por exemplo, o agendamento de uma visita de vários elementos da equipa na sequência de descontrolo sintomático do doente ou após o registo de queda.<sup>9</sup>

Encontram-se descritos na literatura resultados positivos no alívio da dor, na redução do edema,<sup>9</sup> na sensação de dispneia e na mobilidade em geral com destaque para a execução de tarefas na posição ortostática e nas transferências de posição, após a intervenção do fisioterapeuta e a sua avaliação da participação do doente nas diferentes AVD's.<sup>12</sup> A execução de um conjunto reduzido de exercícios terapêuticos no domicílio, como por exemplo, sentar/levantar de uma cadeira ou caminhar, mostrou-se eficaz na melhoria do desempenho do doente no dia a dia.<sup>19</sup> Um estudo de 2023 relata o impacto da fisioterapia na sensação de bem-estar psicológico do doente. Após a implementação de um programa de fisioterapia personalizado em contexto de CP (no domicílio e no hospital) foi possível alcançar uma melhoria na diminuição do stress emocional do doente. A recuperação da independência física em algumas das AVD's (transferências, alimentação, deslocação à casa de banho) traduziu-se num impacto positivo no humor, sensação de bem-estar psicológico e dignidade do doente.<sup>49</sup>

Foram alcançados ganhos significativos no domínio da funcionalidade, no alívio da dor e no controlo da fadiga em doentes acompanhados por fisioterapeutas especialistas em CP no domicílio, comparativamente, a doentes que realizaram fisioterapia convencional. Este facto realça a importância da aquisição de conhecimentos científicos sobre doenças crónicas, incuráveis e limitantes da vida pelos fisioterapeutas, experiência profissional com doentes em fim de vida e as suas famílias em contexto de CP e uma capacidade de resposta atempada para situações exigentes e em constante mudança.<sup>12</sup>

Em CP domiciliários, o acesso à fisioterapia encontra-se dependente de referência, sendo esta relativamente baixa (representando 24% dos doentes) quando comparada a uma referência em contexto de internamento (65% dos doentes). São vários os obstáculos descritos, entre eles: a falta de conhecimento da relevância da fisioterapia em CP; a perceção errada de outros profissionais relativamente às competências do fisioterapeuta para desempenhar a sua atividade em CP; uma atitude de proteção da equipa de enfermagem para com o doente evitando expô-lo a demasiados profissionais de saúde; e a possibilidade de desencadear falsas esperanças no doente com a referência à fisioterapia. Todas estas barreiras podem ser minimizadas com a integração do fisioterapeuta na equipa de CP domiciliários.<sup>12</sup>

*Sahlen et al. (2016)* realizaram um estudo com a finalidade de avaliar o custo-efetividade de um programa de CP domiciliários em doentes com insuficiência cardíaca, com destaque para a integração de um fisioterapeuta na equipa. Durante a aplicação do programa, os gastos com a fisioterapia, a terapia ocupacional e a enfermagem, foram dez vezes mais elevados, comparativamente, ao grupo de controlo (no qual a prestação de cuidados foi assegurada pelos cuidados de saúde primários ou pela enfermeira especialista no hospital). Contudo, estes gastos foram contrabalançados com os gastos em cuidados hospitalares e transporte de emergência que foram significativamente mais baixos. Conclui-se que com a implementação do programa foi possível reduzir os custos em saúde e melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde e a morbilidade dos doentes acompanhados pela equipa.<sup>51</sup>

## **Parte II – Metodologia**

## **5. Problemas em Estudo**

Com base nos objetivos estabelecidos, a principal questão desta revisão é: Qual é a prática clínica do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?

Para apresentar uma análise mais detalhada, o estudo pretende responder ainda às seguintes sub-questões:

- Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?;

- Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?;

- Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?.

## 5.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é uma revisão scoping cuja metodologia permite ao investigador mapear o conhecimento relevante perante a questão de pesquisa formulada (população, conceito e contexto), ou seja, identificar e mapear o conhecimento sobre a prática clínica do fisioterapeuta no doente idoso em contexto de CP prestados no domicílio. Uma revisão scoping permite identificar lacunas no conhecimento científico, clarificar conceitos ou investigar condutas de pesquisa.<sup>52</sup> Pode ter como finalidade a elaboração de uma futura revisão sistemática ou, apenas, informar sobre tomadas de decisão e prática clínica em determinada área. A presente revisão tem por base as orientações do JBI para elaboração de revisões de escopo (*scoping reviews*).<sup>53</sup>

## 5.2 População/Amostra

Realizou-se uma pesquisa inicial nas bases de dados *MEDLINE* e na *CINAHL* onde não foi encontrada nenhuma revisão sobre o tema em questão.

Deste modo, foram estabelecidos os critérios de inclusão para a revisão tendo em conta a população, conceito e contexto, sendo eles:

- Estudos, exclusivamente, realizados com idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) com doença crónica, incurável e avançada, independentemente, do diagnóstico médico;
- Estudos científicos que correlacionem a prática clínica do fisioterapeuta com os CP;
- Estudos científicos realizados num contexto de CP prestados no domicílio.

Decidiu-se incluir estudos qualitativos, quantitativos e mistos, publicados em inglês, português, espanhol e italiano, publicados em qualquer ano.

A estratégia de pesquisa seguida teve como objetivo encontrar estudos publicados e não publicados em quatro bases de dados (*MEDLINE*, *CINAHL*, *SCOPUS* e *WEB of SCIENCE*) (**Apêndice 1**), tendo sido desenvolvida em dois passos: numa primeira fase foi realizada uma pesquisa apenas com *termos MESH* na *MEDLINE* e *subject headings* na *CINAHL* aos quais depois se acrescentou os descritores relacionados (**Apêndice 2**). Na *SCOPUS* e *WEB of*

SCIENCE a pesquisa teve por base os descritores encontrados e as possíveis conjugações. Os resultados obtidos com a estratégia de pesquisa encontram-se na tabela 2.

**Tabela 2 - Tabela com a identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis, por base de dados**

MedLine	#57 Search (((((((((((((((((((Physical Therapy Specialty[MeSH Terms] OR (Physical Therapy Modalities[MeSH Terms])) OR (Recovery of function[MeSH Terms])) OR (Exercise therapy[MeSH Terms])) OR (neurological rehabilitation[MeSH Terms])) OR (cardiac rehabilitation[MeSH Terms])) OR (telerehabilitation[MeSH Terms])) OR (Physical Therap*[Title/Abstract])) OR (Physiotherap*[Title/Abstract])) OR (Rehabilitation[Title/Abstract])) OR (Function Recover*[Title/Abstract])) OR (Remedial Exercise*[Title/Abstract])) OR (Exercise Therapies[Title/Abstract])) OR (Rehabilitation Exercise*[Title/Abstract])) OR (Neurorehabilitation[Title/Abstract])) OR (telerehabilitation*[Title/Abstract])) OR (Tele-rehabilitation*[Title/Abstract])) OR (Mobility training[Title/Abstract])) OR (kinesiotherapy[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((Palliative Care[MeSH Terms] OR (Palliative Medicine[MeSH Terms])) OR (Terminal care[MeSH Terms])) OR (Hospice care[MeSH Terms])) OR (Palliative Care[Title/Abstract])) OR (palliative medicine[Title/Abstract])) OR (Palliative therapy[Title/Abstract])) OR (Palliative Supportive Care[Title/Abstract])) OR (Palliative treatment*[Title/Abstract])) OR (end of life[Title/Abstract])) OR (end-of-life[Title/Abstract])) OR (terminal illness[Title/Abstract])) OR (palliative approach[Title/Abstract])) OR (Terminal care[Title/Abstract])) OR (Hospice care[Title/Abstract])) OR (Palliative Surgery[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((Aged[MeSH Terms] OR (Aged, 80 and over[MeSH Terms])) OR (Centenarians[MeSH Terms])) OR (Nonagenarians[MeSH Terms])) OR (Octogenarians[MeSH Terms])) OR (Aged[Title/Abstract])) OR (Elderly[Title/Abstract])) OR (Aged, 80[Title/Abstract] AND over[Title/Abstract])) OR (Oldest Old[Title/Abstract])) OR (Centenarian*[Title/Abstract])) OR (Nonagenarian*[Title/Abstract])) OR (Octogenarian*[Title/Abstract])) OR (Aging[Title/Abstract])) OR (Older[Title/Abstract])) OR (aged[Title/Abstract])) OR (ancient[Title/Abstract])) OR (old-aged[Title/Abstract])) OR (Geriatrics[Title/Abstract]))",,,("physical therapy specialty"[MeSH Terms] OR "physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "recovery of function"[MeSH Terms] OR "exercise therapy"[MeSH Terms] OR "neurological rehabilitation"[MeSH Terms] OR "cardiac rehabilitation"[MeSH Terms] OR "telerehabilitation"[MeSH Terms] OR "physical therap*[Title/Abstract] OR "physiotherap*[Title/Abstract] OR "Rehabilitation"[Title/Abstract] OR "function recover*[Title/Abstract] OR "remedial exercise*[Title/Abstract] OR "exercise therapies"[Title/Abstract] OR "rehabilitation exercise*[Title/Abstract] OR "Neurorehabilitation"[Title/Abstract]
---------	--

OR ""telerehabilitation\*""[Title/Abstract] OR ""tele rehabilitation\*""[Title/Abstract] OR ""mobility training""[Title/Abstract] OR ""kinesiotherapy""[Title/Abstract]) AND (""palliative care""[MeSH Terms] OR ""palliative medicine""[MeSH Terms] OR ""terminal care""[MeSH Terms] OR ""hospice care""[MeSH Terms] OR ""palliative care""[Title/Abstract] OR ""palliative medicine""[Title/Abstract] OR ""palliative therapy""[Title/Abstract] OR ""palliative supportive care""[Title/Abstract] OR ""palliative treatment\*""[Title/Abstract] OR ""end-of-life""[Title/Abstract] OR ""end-of-life""[Title/Abstract] OR ""terminal illness""[Title/Abstract] OR ""palliative approach""[Title/Abstract] OR ""terminal care""[Title/Abstract] OR ""hospice care""[Title/Abstract] OR ""palliative surgery""[Title/Abstract]) AND (""Aged""[MeSH Terms] OR ""aged, 80 and over""[MeSH Terms] OR ""centenarians""[MeSH Terms] OR ""nonagenarians""[MeSH Terms] OR ""octogenarians""[MeSH Terms] OR ""Aged""[Title/Abstract] OR ""Elderly""[Title/Abstract] OR (""aged 80""[Title/Abstract] AND ""over""[Title/Abstract]) OR ""oldest old""[Title/Abstract] OR ""centenarian\*""[Title/Abstract] OR ""nonagenarian\*""[Title/Abstract] OR ""octogenarian\*""[Title/Abstract] OR ""Aging""[Title/Abstract] OR ""Older""[Title/Abstract] OR ""Aged""[Title/Abstract] OR ""ancient""[Title/Abstract] OR ""old-aged""[Title/Abstract] OR ""Geriatrics""[Title/Abstract])" **(Resultados: 784)**

#56 Search (((((((((((((((Aged[MeSH Terms]) OR (Aged, 80 and over[MeSH Terms])) OR (Centenarians[MeSH Terms])) OR (Nonagenarians[MeSH Terms])) OR (Octogenarians[MeSH Terms])) OR (Aged[Title/Abstract])) OR (Elderly[Title/Abstract])) OR (Aged, 80[Title/Abstract] AND over[Title/Abstract])) OR (Oldest Old[Title/Abstract])) OR (Centenarian\*[Title/Abstract])) OR (Nonagenarian\*[Title/Abstract])) OR (Octogenarian\*[Title/Abstract])) OR (Aging[Title/Abstract])) OR (Older[Title/Abstract])) OR (aged[Title/Abstract])) OR (ancient[Title/Abstract])) OR (old-aged[Title/Abstract])) OR (Geriatrics[Title/Abstract])",,, ""Aged""[MeSH Terms] OR ""aged, 80 and over""[MeSH Terms] OR ""centenarians""[MeSH Terms] OR ""nonagenarians""[MeSH Terms] OR ""octogenarians""[MeSH Terms] OR ""Aged""[Title/Abstract] OR ""Elderly""[Title/Abstract] OR (""aged 80""[Title/Abstract] AND ""over""[Title/Abstract]) OR ""oldest old""[Title/Abstract] OR ""centenarian\*""[Title/Abstract] OR ""nonagenarian\*""[Title/Abstract] OR ""octogenarian\*""[Title/Abstract] OR ""Aging""[Title/Abstract] OR ""Older""[Title/Abstract] OR ""Aged""[Title/Abstract] OR ""ancient""[Title/Abstract] OR ""old-aged""[Title/Abstract] OR ""Geriatrics""[Title/Abstract]

#55 Search Geriatrics[Title/Abstract]

#54 Search Old-aged[Title/Abstract]

#53 Search Ancient[Title/Abstract]

#52 Search Aged[Title/Abstract]

#51 Search Older[Title/Abstract]

#50 Search Aging[Title/Abstract]

#49	Search Octogenarian*[Title/Abstract]
#48	Search Nonagenarian*[Title/Abstract]
#47	Search Centenarian*[Title/Abstract]
#46	Search Oldest Old[Title/Abstract]
#45	Search "Aged, 80[Title/Abstract] AND over[Title/Abstract]"
#44	Search Elderly[Title/Abstract]
#43	Search Aged[Title/Abstract]
#42	Search Octogenarians[MeSH Terms]
#41	Search Nonagenarians[MeSH Terms]
#40	Search Centenarians[MeSH Terms]
#39	Search "Aged, 80 and over [MeSH Terms]"
#38	Search Aged [MeSH Terms]
#37	Search (((((((((((((Palliative Care[MeSH Terms]) OR (Palliative Medicine[MeSH Terms])) OR (Terminal care[MeSH Terms])) OR (Hospice care[MeSH Terms])) OR (Palliative Care[Title/Abstract])) OR (palliative medicine[Title/Abstract])) OR (Palliative therapy[Title/Abstract])) OR (Palliative Supportive Care[Title/Abstract])) OR (Palliative treatment*[Title/Abstract])) OR (end of life[Title/Abstract])) OR (end-of-life[Title/Abstract])) OR (terminal illness[Title/Abstract])) OR (palliative approach[Title/Abstract])) OR (Terminal care[Title/Abstract])) OR (Hospice care[Title/Abstract])) OR (Palliative Surgery[Title/Abstract]),,, ""palliative care""[MeSH Terms] OR ""palliative medicine""[MeSH Terms] OR ""terminal care""[MeSH Terms] OR ""hospice care""[MeSH Terms] OR ""palliative care""[Title/Abstract] OR ""palliative medicine""[Title/Abstract] OR ""palliative therapy""[Title/Abstract] OR ""palliative supportive care""[Title/Abstract] OR ""palliative treatment*""[Title/Abstract] OR ""end-of-life""[Title/Abstract] OR ""end-of-life""[Title/Abstract] OR ""terminal illness""[Title/Abstract] OR ""palliative approach""[Title/Abstract] OR ""terminal care""[Title/Abstract] OR ""hospice care""[Title/Abstract] OR ""palliative surgery""[Title/Abstract]
#36	Search Palliative Surgery[Title/Abstract]
#35	Search Hospice care[Title/Abstract]
#34	Search Terminal care[Title/Abstract]
#33	Search Palliative approach[Title/Abstract]
#32	Search Terminal illness[Title/Abstract]
#31	Search End-of-life[Title/Abstract]
#30	Search End of life [Title/Abstract]
#29	Search Palliative treatment* [Title/Abstract]
#28	Search Palliative Supportive Care [Title/Abstract]
#27	Search Palliative therapy [Title/Abstract]

#26	Search palliative medicine [Title/Abstract]
#25	Search Palliative Care [Title/Abstract]
#24	Search Hospice care [MeSH Terms]
#23	Search Terminal care [MeSH Terms]
#22	Search Palliative Medicine [MeSH Terms]
#21	Search Palliative Care [MeSH Terms]
#20	Search (((((((((((((((((((Physical Therapy Specialty[MeSH Terms]) OR (Physical Therapy Modalities[MeSH Terms])) OR (Recovery of function[MeSH Terms])) OR (Exercise therapy[MeSH Terms])) OR (neurological rehabilitation[MeSH Terms])) OR (cardiac rehabilitation[MeSH Terms])) OR (telerehabilitation[MeSH Terms])) OR (Physical Therap*[Title/Abstract])) OR (Physiotherap*[Title/Abstract])) OR (Rehabilitation[Title/Abstract])) OR (Function Recover*[Title/Abstract])) OR (Remedial Exercise*[Title/Abstract])) OR (Exercise Therapies[Title/Abstract])) OR (Rehabilitation Exercise*[Title/Abstract])) OR (Neurorehabilitation[Title/Abstract])) OR (telerehabilitation*[Title/Abstract])) OR (Tele-rehabilitation*[Title/Abstract])) OR (Mobility training[Title/Abstract])) OR (kinesiotherapy[Title/Abstract]),,, ""physical therapy specialty""[MeSH Terms] OR ""physical therapy modalities""[MeSH Terms] OR ""recovery of function""[MeSH Terms] OR ""exercise therapy""[MeSH Terms] OR ""neurological rehabilitation""[MeSH Terms] OR ""cardiac rehabilitation""[MeSH Terms] OR ""telerehabilitation""[MeSH Terms] OR ""physical therap*""[Title/Abstract] OR ""physiotherap*""[Title/Abstract] OR ""Rehabilitation""[Title/Abstract] OR ""function recover*""[Title/Abstract] OR ""remedial exercise*""[Title/Abstract] OR ""exercise therapies""[Title/Abstract] OR ""rehabilitation exercise*""[Title/Abstract] OR ""Neurorehabilitation""[Title/Abstract] OR ""telerehabilitation*""[Title/Abstract] OR ""tele rehabilitation*""[Title/Abstract] OR ""mobility training""[Title/Abstract] OR ""kinesiotherapy""[Title/Abstract]
#19	Search Kinesiotherapy [Title/Abstract]
#18	Search Mobility training [Title/Abstract]
#17	Search Tele-rehabilitation*[Title/Abstract]
#16	Search telerehabilitation* [Title/Abstract]
#15	Search Neurorehabilitation [Title/Abstract]
#14	Search Rehabilitation Exercise* [Title/Abstract]
#13	Search Exercise Therapies [Title/Abstract]
#12	Search Remedial Exercise* [Title/Abstract]
#11	Search Function Recover* [Title/Abstract]
#10	Search Rehabilitation [Title/Abstract]
#9	Search Physiotherap* [Title/Abstract]

	<p>#8 Search Physical Therap* [Title/Abstract]</p> <p>#7 Search Telerehabilitation [MeSH Terms]</p> <p>#6 Search Cardiac rehabilitation [MeSH Terms]</p> <p>#5 Search Neurological rehabilitation [MeSH Terms]</p> <p>#4 Search Exercise therapy [MeSH Terms]</p> <p>#3 Search Recovery of function [MeSH Terms]</p> <p>#2 Search Physical Therapy Modalities [MeSH Terms]</p> <p>#1 Search Physical Therapy Specialty [MeSH Terms]</p>
<b>CINAHL</b>	<p>S62 S26 AND S42 AND S61 <b>(Resultados: 471)</b></p> <p>S61 S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60</p> <p>S60 TI Geriatrics OR AB Geriatrics</p> <p>S59 TI old-aged OR AB old- aged</p> <p>S58 TI ancient OR AB ancient</p> <p>S57 TI aged OR AB aged</p> <p>S56 TI older OR AB Older</p> <p>S55 TI Aging OR AB Aging</p> <p>S54 TI Octogenarian* OR AB Octogenarian*</p> <p>S53 TI Nonagenarian* OR AB Nonagenarian*</p> <p>S52 TI Centenarian* OR AB Centenarian*</p> <p>S51 TI Oldest Old OR AB Oldest Old</p> <p>S50 TI ( Aged, 80 and over ) OR AB (Aged, 80 and over )</p> <p>S49 TI Elderly OR AB Elderly</p> <p>S48 TI Aged OR AB Aged</p> <p>S47 MH Octogenarians</p> <p>S46 MH Nonagenarians</p> <p>S45 MN Centenarians</p> <p>S44 MH Aged, 80 and over</p> <p>S43 MH Aged</p> <p>S42 S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41</p> <p>S41 TI Palliative Surgery OR AB Palliative Surgery</p> <p>S40 TI Hospice care OR AB Hospice care</p> <p>S39 TI Terminal care OR AB Terminal care</p> <p>S38 TI palliative approach OR AB palliative approach</p>

S37	TI Terminal illness OR AB terminal illness
S36	TI End-of-life OR AB end-of-life"
S35	TI End of life OR AB end of life
S34	TI Palliative treatment* OR AB Palliative treatment*
S33	TI Palliative Supportive Care OR AB Palliative Supportive Care
S32	TI Palliative therapy OR AB Palliative therapy
S31	TI Palliative medicine OR AB palliative medicine
S30	TI Palliative Care OR AB Palliative Care
S29	MH Terminal care
S28	MH Palliative medicine
S27	MN Palliative Care
S26	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25
S25	TI kinesiotherapy OR AB kinesiotherapy
S24	TI Mobility training OR AB Mobility training
S23	TI Tele-rehabilitation* OR AB Tele-rehabilitation*
S22	TI telerehabilitation* OR AB telerehabilitation*
S21	TI Neurorehabilitation OR AB"Neurorehabilitation
S20	TI Rehabilitation Exercise* OR AB Rehabilitation Exercise*
S19	TI Exercise Therapies OR AB Exercise Therapies
S18	TI Remedial Exercise* OR AB Remedial Exercise*
S17	TI Function Recover* OR AB Function Recover*
S16	TI Rehabilitation OR AB Rehabilitation
S15	TI Physiotherap* OR AB Physiotherap*
S14	TI Physical Therap* OR AB Physical Therap*
S13	MH Physical Therapy Practice
S12	MH Physical Therapy Practice, Evidence- Based
S11	MH Physical Therapy Assessment
S10	MH Physical Therapy Practice, Research-Based
S9	MH Kinesiotherapy
S8	MH Telerehabilitation
S7	MH Pulmonary rehabilitation
S6	MN Geriatric rehabilitation
S5	MH Cardiac rehabilitation
S4	MH Cancer rehabilitation

	<p>S3 MN Mobility training</p> <p>S2 MH Home physical therapy</p> <p>S1 MH Physical therapy</p>
<b>Scopus</b>	<p>#41 ( (TITLE-ABS-KEY ( kinesiotherapy ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""mobility training"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""tele-rehabilitation!"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( telerehabilitation* ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( neurorehabilitation ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""rehabilitation exercise*"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""exercise therapies™ ) ) OR (TITLE- ABS-KEY ( ""remedial exercise*"" ) ) OR (TITLE-ABS- KEY ( ""function recover*"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( rehabilitation ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( physiotherap* ) )OR TITLE-ABS- KEY ( ""physical therap*"" ) ) ) AND ( TITLE-ABS- KEY ( ""palliative care"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""palliative medicine"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative therapy™ ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative supportive care™ ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative treatment*"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""end of life"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ""end-of-li£e"" ) ) OR (TITLE-ABS- KEY ""terminal illness"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative approach™ ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""terminal care"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""hospice care"" ) ) OR (TITLE-ABS- KEY ( ""palliative surgery"" ) ) ) AND ( (TITLE-ABS- KEY aged ) ) OR (TITLE-ABS- KEY elderly ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""aged, 80 and over™ ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ""oldest old"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( centenarian* ) ) OR (TITLE-ABS-KEY nonagenarian* ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( octogenarian* ) ) OR (TITLE-ABS- KEY ( aging ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( older ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( aged ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ancient ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( ""old-aged"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( geriatrics ) ) )</p> <p><b>(resultados: 1570)</b></p> <p>#40 ( TITLE-ABS- KEY ( aged ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( elderly ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""aged, 80 and over"" ) ) OR (TITLE-ABS- KEY ""oldest old™ ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( centenarian* ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY (nonagenarian* ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( octogenarian* ) ) OR TITLE-ABS- KEY ( aging ) ) OR (TITLE- ABS-KEY ( older ) ) OR (TITLE-ABS- KEY (aged ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ancient ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""old-aged"" ) ) OR (TITLE-ABS-KEY ( geriatrics ) )</p> <p>#39 TITLE-ABS- KEY ( geriatrics )</p> <p>#38 TITLE-ABS- KEY ( ""old-aged"" )</p> <p>#37 TITLE-ABS-KEY ( ancient )</p> <p>#36 TITLE-ABS- KEY ( aged )</p> <p>#35 TITLE-ABS- KEY ( older )" )</p> <p>#34 TITLE-ABS- KEY ( aging )</p> <p>#33 TITLE-ABS- KEY ( octogenarian* )</p> <p>#32 TITLE-ABS-KEY ( nonagenarian* )</p> <p>#31 TITLE-ABS- KEY ( centenarian* )</p> <p>#30 TITLE-ABS- KEY ( ""oldest old"" )</p>

#29	TITLE-ABS- KEY ( ""aged, 80 and over"" )
#28	TITLE-ABS- KEY ( elderly )
#27	TITLE-ABS-KEY ( aged )"
#26	( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative care"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ""palliative medicine"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative therapy"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative supportive care™ ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""palliative treatment*"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""end of life™ ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""end-of-life"" ) ) OR ( TITLE- ABS-KEY ( ""terminal illness"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ""palliative approach"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""terminal care"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ""hospice care"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ""palliative surgery"" )
#25	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative surgery™ )
#24	TITLE-ABS- KEY ( ""hospice care"" )
#23	TITLE-ABS- KEY ( ""terminal care"" )
#22	TITLE-ABS-KEY ( ""palliative approach"" )
#21	TITLE-ABS- KEY ( ""terminal illness"" )
#20	TITLE-ABS- KEY ( ""end-of-life"" )
#19	TITLE-ABS- KEY ( ""end of life"" )
#18	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative treatment*"" )
#17	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative supportive care"" )
#16	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative therapy™ )
#15	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative medicine"" )
#14	TITLE-ABS- KEY ( ""palliative care"" )" )
#13	( TITLE-ABS-KEY ( kinesiotherapy ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""mobility training"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""tele-rehabilitation*"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( telerehabilitation* ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( neurorehabilitation ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""rehabilitation exercise*"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""exercise therapies"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( ""remedial exercise*"" ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ""function recover!"" ) ) OR ( TITLE-ABS- KEY ( rehabilitation ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( physiotherap* ) ) OR ( TITLE-ABS-KEY ( ""physical therap*"" ) )
#12	TITLE-ABS- KEY ( kinesiotherapy )
#11	TITLE-ABS- KEY ( "mobility training" )
#10	TITLE-ABS-KEY ( "tele-rehabilitation*" )
#9	TITLE-ABS- KEY ( telerehabilitation* )
#8	TITLE-ABS- KEY ( neurorehabilitation )
#7	TITLE-ABS- KEY ( "rehabilitation exercise*" )
#6	TITLE-ABS- KEY ( "exercise therapies™ )
#5	TITLE-ABS- KEY ( "remedial exercise*" )
#4	TITLE-ABS- KEY ( "function recover*" )

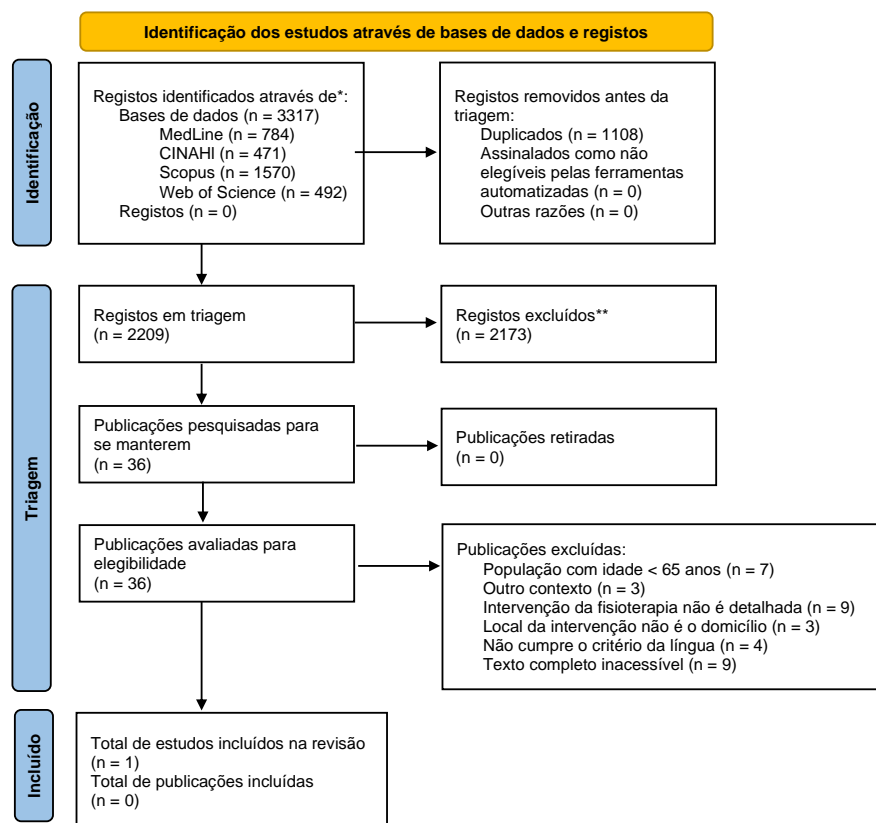
	<p>#3 TITLE-ABS- KEY ( rehabilitation )</p> <p>#2 TITLE-ABS- KEY ( physiotherap* )</p> <p>#1 TITLE-ABS- KEY ( "physical therap*" )</p>
<b>Web of Science</b>	<p>#1 "TS=(Physical Therap*)"</p> <p>#2 "TS=(Physiotherap*)"</p> <p>#3 "TS=(Rehabilitation)"</p> <p>#4 "TS=(Function Recover*)"</p> <p>#5 "TS=(Remedial Exercise*)"</p> <p>#6 "TS=(Exercise Therapies)"</p> <p>#7 "TS=(Rehabilitation Exercise*)"</p> <p>#8 "TS=(Neurorehabilitation)"</p> <p>#9 "TS=(telerehabilitation*)"</p> <p>#10 "TS=(Tele-rehabilitation*)"</p> <p>#11 "TS=(Mobility training)"</p> <p>#12 "TS=(kinesiotherapy)"</p> <p>#13 "#12 OR #11 OR #10 OR #9 OR #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1"</p> <p>#14 "TS=(palliative medicine)"</p> <p>#15 "TS=(Palliative Care)"</p> <p>#16 "TS=(Palliative therapy)"</p> <p>#17 "TS=(Palliative treatment*)"</p> <p>#18 "TS=(end of life)"</p> <p>#19 "TS=(end-of-life)"</p> <p>#20 "TS=(terminal illness)"</p> <p>#21 "TS=(palliative approach)"</p> <p>#22 "TS=(Terminal care)"</p> <p>#23 "TS=(Hospice care)"</p> <p>#24 "TS=(Palliative Surgery)"</p> <p>#25 "TS=(Palliative Supportive Care)"</p> <p>#26 "#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25"</p> <p>#27 "TS=(Aged)"</p> <p>#28 "TS=(Elderly)"</p> <p>#29 "TS=(Aged, 80 and over)"</p> <p>#30 "TS=(Oldest Old)"</p> <p>#31 "TS=(Centenarian*)"</p>

	#32 "TS=(Nonagenarian*) #33 "TS=(Octogenarian*) #34 "TS=(Aging) #35 "TS=(Older) #36 "TS=(ancient) #37 "TS=(""old-aged"") #38 "TS=(Geriatrics) #39 #38 OR #37 OR #36 OR #35 OR #34 OR #33 OR #32 OR #31 OR #30 OR #29 OR #28 OR #27 #40 #39 AND #26 AND #13 <b>(Resultados: 492)</b>
--	--

A seleção inicial dos artigos teve por base as informações contidas no título e resumo tendo sido avaliados pela relevância da revisão, por dois revisores independentes. Na fase seguinte, a análise e respetiva seleção de artigos decorreu da leitura integral de cada artigo de acordo com os critérios de inclusão da revisão, pelos dois revisores, independentemente. Na existência de discordância entre os revisores procedeu-se à discussão com base nos objetivos da revisão.

Inicialmente foram identificados 3317 artigos dos quais foram removidos 1108 resultados duplicados. Após leitura do título e resumo, foram selecionados 36 artigos. Procedeu-se à leitura do texto na íntegra tendo sido selecionado um artigo por apresentar os critérios para ser incluído na revisão.

De seguida é apresentado o fluxograma PRISMA com a descrição da seleção de estudos por etapa, indicando os respetivos motivos de exclusão. (Figura 1).



**Figura 1 - Seleção de Estudos nas Bases de Dados**

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

### 5.3 Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados foi elaborado com base no instrumento de análise da extração de dados do JBI, tendo sido adaptado para a revisão em questão com recurso a uma tabela do Microsoft Excel (**Apêndice 3**). O instrumento foi elaborado com base na pesquisa preliminar e nas questões da revisão.

### 5.4 Procedimentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada por dois revisores independentes, utilizando o instrumento de colheita de dados mencionado anteriormente. Não

foi necessário proceder a modificações no instrumento durante o processo de colheita de dados.

A colheita de dados inclui informações detalhadas sobre a população, conceito e contexto em estudo, assim como detalhes do estudo e dados relevantes para dar resposta às questões da revisão. Em caso de discordância entre os dois revisores, procedeu-se à discussão do tópico até encontrar um consenso.

Não foi necessário contactar os autores do estudo para esclarecimentos adicionais.

O protocolo do JBI para *scoping reviews* não determina a avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados. Contudo, optou-se por avaliar o artigo selecionado de modo a determinar em que medida o estudo é fiável, relevante e consistente na análise dos resultados obtidos.

A avaliação da qualidade metodológica do artigo foi realizada pelos dois revisores (numa fase inicial, individualmente e, posteriormente, discutidas as respostas até ser alcançado um consenso) através da *checklist* do JBI para *case reports* (**Anexo 1**), tendo sido considerada a melhor opção uma vez que não foi encontrada nenhuma ferramenta de avaliação metodológica específica para *case study*. A *checklist* foi desenvolvida por colaboradores do JBI e aprovada pela Comissão Científica do JBI pelo que foi considerada a mais adequada para a avaliação do estudo.

## **5.5 Processamento dos Dados**

Os dados recolhidos do artigo selecionado foram sintetizados e apresentados sob a forma de tabelas dando resposta às questões da revisão.

Para a questão “Qual é a prática clínica do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” foi elaborada a tabela 3.

Para a questão “Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” foi elaborada a tabela 4.

Para a questão “Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” foi elaborada a tabela 5.

Para a questão “Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?” foi elaborada a tabela 6.

## **5.6 Considerações Éticas**

O estudo em questão não apresenta conflito de interesse financeiro ou não financeiro. Por se tratar de uma revisão de literatura existente não necessitou de aprovação da Comissão de Ética de nenhuma instituição nem de qualquer procedimento de consentimento informado.

## 6. Resultados

Dos 3317 artigos identificados inicialmente na pesquisa (sendo 1108 duplicados), foram selecionados 36 artigos para leitura integral, tendo apenas um artigo cumprido todos os critérios de inclusão previamente definidos (figura 1). Os principais motivos para a exclusão dos artigos incluíram a falta de descrição específica da intervenção do fisioterapeuta e a inclusão de “população idosa” com idade inferior a 65 anos (**Apêndice 4**).

O artigo selecionado nesta revisão scoping foi publicado em 2012 por Turner et al., na revista *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* sendo um estudo qualitativo, mais concretamente, um estudo de caso, com origem nos Estados Unidos da América.

Os objetivos do estudo de caso são: destacar a importância da intervenção do fisioterapeuta com o cuidador de modo a otimizar a segurança, funcionalidade e qualidade de vida do doente e da respetiva família, em contexto de *hospice*; e identificar as intervenções especializadas da fisioterapia necessárias para cuidar de um doente com medo de cair, em contexto de *hospice*.<sup>54</sup>

O estudo retrata um homem de 68 anos que vive com a esposa, a sua principal cuidadora. O idoso apresenta múltiplas comorbilidades (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doença coronária, entre outras). Em 2010 foi diagnosticado com insuficiência cardíaca congestiva, após um enfarte do miocárdio e, em 2011, com fibrose pulmonar, tendo sido solicitados os serviços de *hospice*.<sup>54</sup>

De seguida são apresentados os resultados, considerando as questões de investigação:

Questão 1: Qual a prática clínica do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?

**Tabela 3 - Resposta à questão: “Qual é a prática clínica do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?”**

<b>Página</b>	<b>Prática Clínica</b>
208	“Physical therapy was provided for this patient and caregiver, which focused on decreasing the risk of falls and safety during transfers.”
	“Physical therapy helps preserve the patient’s highest functional mobility by training both the patient and the patient’s caregiver.”
	“Physical therapists can make recommendations for necessary adaptive equipment to maximize patient safety in the home.”
	“Specific patient and caregiver concerns are addressed to help the patient maintain dignity and the highest QOL.”

Em CP, num contexto domiciliário, a prática clínica do fisioterapeuta com o doente idoso assenta na preservação da funcionalidade do doente, no controlo do risco de quedas e na otimização da segurança nas transferências de posição do doente com recurso a ajudas técnicas.

Num contexto domiciliário, o fisioterapeuta cuida do doente idoso e da respetiva família (principal cuidador), mantendo-se atento às suas preocupações para alcançar a máxima qualidade de vida e preservar a dignidade do doente.

Questão 2: Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?

**Tabela 4 - Resposta à questão: “Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?”**

Página	Avaliação
205	“(…) overall range of motion was within functional limits.”
	“His lower extremity strength was grossly 3+/5 and bilateral upper extremity strength was grossly 4+/5.”
	“The patient’s physical symptoms were closely observed and monitored by the physical therapist”
	“The patient’s balance was assessed with Tinetti Assessment Tool”
	“(…) on the Falls Efficacy Scale– International (FES-I), indicating a high fear of falling.”
205	“Both the patient and his wife were asked to rate their confidence in her ability to transfer him safely, using a bipolar scale of (-)3 to (+)3.”
208	“A simple measurement tool to rate the confidence of the patient and caregiver with transfers is needed for use in a home setting.”
206	“The body mechanics of both the caregiver and the patient were observed while the wife transferred the patient from the bed to the wheelchair and recorded with the use of vídeo.”
207	“The McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) was provided for the patient to answer pre- and posttherapeutic intervention.”

Em CP, num contexto domiciliário, a avaliação do fisioterapeuta ocorre através da observação e monitorização dos sintomas do doente idoso. Através da observação e com recurso a vídeo é feita a avaliação do padrão de movimento do doente e esposa durante a transferência. As amplitudes articulares são avaliadas dentro dos limites funcionais e a força muscular global dos membros superiores e inferiores com recurso a uma escala de 0 a 5.

As escalas de avaliação utilizadas são: a *Tinetti Assessment Tool* para avaliar o equilíbrio; a *Falls Efficacy Scale-Internacional* para avaliar o risco de queda; a *McGill Quality of Life Questionnaire* para avaliar a qualidade de vida do doente; e uma escala simples bipolar (-3 a +3) para avaliar a confiança do doente na esposa durante a transferência de posição.

Questão 3: Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?

**Tabela 5 - Resposta à questão: “Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?”**

Página	Intervenção
206	“(…) physical therapy intervention twice a week for 2 weeks, then once a week for 4 weeks.”;
207	“The patient received a total of 10 physical therapy treatments over 8 weeks.”
207	“(…) caregiver training in proper transfer techniques for bed to wheelchair transfers and sit-to-stand transfers
	“(…) use of a gait belt and walker.”
	“(…) patient’s home exercise program (…). Therapeutic exercises were included to improve bed mobility, transfers, and to prevent skin breakdown, as the patient tolerated.
	“Gait training was implemented as appropriate and desired by the patient.”
	“(…) remaining treatments were utilized for gait training, strengthening, reinforcement of correct transfers, and other specific goals the patient or caregiver had on the day of treatment.”

A estratégia de intervenção passa pela implementação de um programa de exercícios terapêuticos para melhorar a mobilidade no leito, otimizar as transferências de posição e prevenir lesões cutâneas.

A intervenção do fisioterapeuta com o doente idoso no domicílio num contexto de CP teve uma frequência de duas ou a uma sessão por semana, num total de 10 sessões. A intervenção teve como foco o treino de marcha com recurso a ajudas técnicas, o aumento da força muscular do doente e a correção da mecânica corporal do doente e esposa durante as transferências de posição, bem como, outros objetivos que o doente e a esposa tenham verbalizado em cada visita do fisioterapeuta.

Questão 4: Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após a intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?

**Tabela 6 - Resposta à questão: “Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após intervenção do fisioterapeuta em CP ao doente idoso, em contexto domiciliário?”**

<b>Página</b>	<b>Resultados</b>
207	“The patient (...) confidence with transfers improved to (+) 3, from (-)2 or (-)3, (...) after this episode of physical therapy.”
	“The patient’s strength and transfer sequence improved”
205	“The patient wanted to be able to walk to the outdoor patio, approximately 20 feet, and sit outside briefly.”
207	“At the time of discharge from physical therapy, the patient ambulated 40 feet with contact guard assistance, gait belt, and use of the walker.”
207	“The patient’s MQOL score changed from 66 to 100 after therapeutic intervention was completed. The MQOL scores are calculated inversely, a higher score indicating the lower the QOL”
208	“The patient stated, “The benefits were immeasurable.” He had “more confidence” in his abilities, after physical therapy instruction and intervention.”
	“(…) the patient’s risk of falling was significantly reduced, with his Tinetti score improving from 9/28 to 16/28.”
	“Instruction in positioning of the bedridden patient can prevent skin breakdown”

A intervenção do fisioterapeuta permitiu melhorar a confiança do doente durante a realização das transferências de posição; melhorar a força muscular e a mecânica da transferência de posição, diminuindo o risco de queda.

Através do posicionamento no leito foi possível prevenir lesões cutâneas. Otimizar a mobilidade no leito e o posicionamento do doente são medidas de conforto em CP.<sup>12,19</sup>

A escala utilizada para a avaliação da qualidade de vida do doente regista um decréscimo na sua qualidade de vida após a intervenção da fisioterapia, contudo, com os resultados obtidos, foi possível o doente ver o seu desejo

concretizado, “deambular até ao pátio”. O doente descreve também maior confiança para realizar as suas atividades. A otimização da independência e da funcionalidade representam importantes fatores da qualidade de vida do doente.<sup>41</sup>

## 7. Discussão

A tomada de decisões em saúde encontra-se assente na prática baseada na evidência, existindo uma constante procura diária de evidência que permita alcançar melhorias nos cuidados prestados ao doente e nos resultados obtidos. As revisões scoping, enquanto revisões da literatura, são fundamentais para facilitar o acesso ao conhecimento científico existente e otimizar o tempo despendido pelos profissionais de saúde na procura do mesmo.<sup>55</sup>

Em Portugal, a prática clínica da fisioterapia em CP é pouco explorada, com poucos profissionais qualificados e envolvidos nesta área, o que torna esta revisão um documento relevante para a saúde. A melhoria da qualidade de vida, a preservação da dignidade e o alívio do sofrimento do doente e da sua família são os principais objetivos dos CP, e a fisioterapia desempenha um papel essencial na sua concretização.

A presente revisão scoping identificou apenas um estudo elegível, ou seja, que cumpriu os critérios de inclusão previamente definidos e respondeu às questões de investigação. Embora os resultados desta revisão sejam limitados, são consistentes no relato dos benefícios que a fisioterapia pode proporcionar ao doente idoso em CP no contexto domiciliário. O fisioterapeuta tem a oportunidade de melhorar a segurança e a qualidade de vida tanto do doente quanto da sua família, numa fase crítica das suas vidas. As estratégias de avaliação utilizadas revelaram-se adequadas, com recurso a escalas específicas e à avaliação do estado funcional do doente, sendo estas medidas de eficácia importantes em CP.<sup>10</sup>

Após a análise e avaliação da qualidade metodológica do estudo selecionado, conclui-se que este apresenta qualidade suficiente para ser incluído na comunidade científica. No entanto, alguns dados não são inteiramente claros, como o agravamento dos problemas respiratórios do doente na última semana e o impacto disso na sua qualidade de vida durante a intervenção do fisioterapeuta. Ainda assim, no seu conjunto, os dados apresentados são fiáveis e os resultados do estudo são consistentes, o que os torna relevantes. O estudo retrata a situação de um doente idoso frágil e vulnerável, num contexto – os CP domiciliários – no qual a investigação é escassa. Por isso, reforça-se a

importância deste estudo para o desenvolvimento e promoção de cuidados de excelência em fisioterapia, com impacto positivo comprovado no doente idoso em casa.

Na literatura existente, há referências a investigações conduzidas com a população idosa em contexto de CP, que sugerem que a intervenção do fisioterapeuta é mais eficaz quando envolve a família, aborda o domínio da espiritualidade e promove a atividade física com significado.<sup>19</sup> Em contexto domiciliário, o foco da fisioterapia será a melhoria da mobilidade e o incremento da participação do idoso nas AVD's dentro da sua casa. A intensidade, duração e frequência da fisioterapia são menores, comparativamente, a um contexto de ambulatório/clínica.<sup>45</sup>

Kalluri & Richman-Eisenstat (2017) publicaram um estudo de caso de um homem de 72 anos, diagnosticado com fibrose pulmonar idiopática e hipertensão pulmonar, que foi referenciado precocemente para a equipa de CP domiciliários, expressando o desejo de ser cuidado e morrer em casa. O estudo destaca a avaliação e o acompanhamento do doente por dois fisioterapeutas da equipa, sendo um deles especialista em reabilitação respiratória. O paciente manteve-se fisicamente ativo até poucos dias antes do seu falecimento.<sup>27</sup>

Em 2000, foi realizado um estudo com uma amostra de três mulheres, com idades entre 62 e 70 anos, com o objetivo de obter conhecimentos científicos para orientar os fisioterapeutas na avaliação e intervenção junto do doente idoso com cancro, em contexto de CP domiciliários. O estudo defende que, em CP, a intervenção do fisioterapeuta com o doente idoso deve centrar-se na "família", na espiritualidade, nos sentimentos desencadeados pela proximidade da morte e na atividade física com maior significado para o doente. No que se refere à espiritualidade, para os autores, a presença de fé parece promover uma maior aceitação da doença e da inevitabilidade da morte, contribuindo positivamente para a qualidade de vida. Deste modo, o fisioterapeuta deve proporcionar momentos de diálogo com o idoso, abordando os seus valores e crenças.<sup>56</sup>

Num estudo de 2011 há referência a uma avaliação do fisioterapeuta num doente idoso no domicílio em contexto de CP (72 anos), bem como, a sua

intervenção baseada na promoção de educação do doente e respetiva família e ao aconselhamento na aquisição de andarilho para a deambulação no domicílio e cadeira de rodas para utilização no exterior.<sup>57</sup> Neste caso, o fisioterapeuta não pertence à equipa de CP e intervém após solicitação do médico fisiatra que avaliou o doente. No estudo elegível da revisão é também desconhecida a existência de colaboração entre o fisioterapeuta e os “serviços de *hospice*”, bem como, o modo de referenciação para a fisioterapia.

A integração do fisioterapeuta em equipas de CP é essencial para facilitar o acesso do doente à fisioterapia<sup>12</sup> e assegurar que o fisioterapeuta é detentor de conhecimento científico adequado, técnicas especialistas e experiência profissional em CP.<sup>1</sup> O doente em CP beneficia de fisioterapia, contudo, é importante garantir que o profissional tem formação académica adequada para intervir neste contexto.

Em Singapura, o “Plano Nacional Estratégico para os CP” de 2012 recomendava que fosse assegurado a todos os profissionais de saúde, experiência em CP de modo a serem prestados os cuidados básicos quando necessários. O plano prevê também que todos os cursos pós-graduados e licenciaturas em saúde englobem conhecimento a um nível básico e experiência em CP.<sup>36</sup> Em Portugal, o “Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos CP em Portugal Continental” para o biénio 2023-2024 considera como um dos seus eixos prioritários a formação dos profissionais de saúde, disponibilizando cursos básicos em formato online, gratuitamente para todos os profissionais de saúde do SNS.<sup>58</sup>

Quanto aos motivos para a escassez de resultados da revisão, colocam-se como principais hipóteses: tratar-se de uma área de estudo recente;<sup>55</sup> ou existir uma lacuna significativa no conhecimento nas bases de dados pesquisadas.<sup>59</sup> *Cobbe & Nugent (2013)* realizaram o primeiro estudo que descreve o perfil do fisioterapeuta especialista em CP na comunidade,<sup>12</sup> realçando assim a carência de conhecimento científico existente nesta área.

Segundo a literatura, a escassez de resultados numa revisão pode também ser o resultado de questões de investigação altamente específicas restringindo a população por idade, contexto, critérios de diagnóstico e critérios

de intervenção,<sup>59,55</sup> não sendo possível encontrar estudos que satisfaçam todos os critérios estabelecidos.<sup>55</sup> Idoso é um conceito frequentemente utilizado no dia a dia, contudo não existe consenso na sua definição entre os diferentes países e organizações das mais diversas áreas (política, saúde, investigação, comunicação social, etc). A idade cronológica é tida como um critério consistente na sua definição apesar de não existir consenso sobre a partir de que idade se define o indivíduo idoso. As duas idades mínimas, mais frequentemente, utilizadas para a definição de idoso são os 60 ou 65 anos, representando uma diferença significativa entre si. A OMS no “Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde” de 2015, apresenta informação utilizando os 60 e 65 anos.<sup>60</sup> Nesta revisão, a idade mínima de 65 anos constitui um critério para a definição de idoso.

Propõe-se que, futuramente, se investigue as causas para tal desentendimento de modo a estabelecer um consenso na investigação para a população idosa. Não é possível realizar comparações nem estabelecer padrões quando diferentes estudos estabelecem idades diferentes para a mesma população. A maioria dos estudos limita-se a estabelecer a idade como critério de inclusão, não apresentando fundamentação para tal decisão. Assim sendo, qual a idade correta a partir da qual se deve considerar um indivíduo “idoso”?<sup>13</sup>

A escassez de resultados encontrados numa revisão pode resultar de critérios de inclusão exigentes para alcançar qualidade na evidência científica.<sup>55</sup> Para a definição dos critérios de inclusão desta revisão foram seguidas as *guidelines* do JBI para elaboração de revisões de escopo onde se destaca a importância de detalhar a idade como característica dos indivíduos.<sup>53</sup> Como critério, a idade mínima para a definição de idoso, é algo concreto e rápido de definir. Contudo, Villalobos et al. (2020) defende que a definição de idoso deve ter em conta outros fatores, encontrando-se incompleta apenas com a descrição da idade mínima.<sup>60</sup>

Por último, o idoso apresenta, frequentemente, uma alteração na cognição, seja por demência ou outra patologia.<sup>28</sup> Este facto pode justificar a dificuldade de inclusão do doente idoso em estudos científicos. É comum os

estudos científicos apresentarem como critério de exclusão, idosos com “défice cognitivo”.

Por outro lado, os principais motivos para a exclusão dos artigos desta revisão, na fase de leitura do texto integral, incluíram a falta de descrição específica dos métodos de avaliação e estratégias de intervenção do fisioterapeuta e a inclusão de “população idosa” com idade inferior a 65 anos **(Apêndice 4)**. Foram encontrados estudos nos quais há uma mera referência à intervenção do fisioterapeuta com o doente idoso em contexto de CP domiciliários, assim como, referência à sua importância em CP, sem descrever, contudo, a intervenção em causa e os resultados obtidos com a mesma. Na amostra de artigos excluídos destaca-se, também, a existência de estudos cuja definição da idade mínima do idoso (superior a 55 ou 60 anos) não corresponde ao critério de inclusão definido. Por não cumprirem os critérios de inclusão nem darem resposta às questões de investigação da revisão foram, obrigatoriamente, excluídos.

De ressaltar que durante o processo de seleção foram encontrados alguns estudos cuja média de idades dos participantes é igual ou superior a 65 anos, contudo estes estudos englobam indivíduos com idades entre os 18 e os 64 anos na sua amostra, não sendo específicos para a população idosa e não cumprindo o critério de idade definido para esta revisão, sendo também excluídos.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) reconhece a importância da abordagem dos CP na população idosa, tendo desenvolvido um grupo de trabalho que integra especialistas em geriatria e especialistas em CP dedicado a melhorar a prática dos CP no doente idoso.<sup>5</sup>

Segundo a literatura, é urgente desenvolver mais investigação de qualidade centrada na melhoria da funcionalidade e otimização do conforto em CP, exclusivamente com o doente idoso, face ao envelhecimento da população e ao crescente aumento do número de casos de doenças crónicas.<sup>10</sup> Recentemente foi publicada uma revisão narrativa da literatura realizada por Roberts et al. (2021) sobre os CP domiciliários. A revisão relata a ausência de investigação sobre a relação entre as intervenções realizadas e os resultados

alcançados com a idade dos participantes. Nenhum estudo desta revisão explora a colaboração entre a medicina geriátrica e a equipa de CP,<sup>26</sup> ressaltando-se a lacuna existente no conhecimento científico.

O acesso aos CP do doente idoso e a satisfação das suas necessidades em fim de vida são, frequentemente, dificultadas<sup>56,61</sup> pela visão de que a morte nesta faixa etária é algo inato, sendo considerada como o curso natural da vida.<sup>56</sup> Este argumento pode justificar a escassa literatura existente com a população idosa em contexto de CP. Fien et al. (2021) reconhecem a importância e a forte necessidade de investigar o acesso aos CP e a qualidade dos cuidados prestados ao doente idoso num contexto de fim de vida.<sup>61</sup> Apesar de serem aqueles que o doente idoso prefere, os CP domiciliários são, reconhecidos pelos profissionais de diferentes serviços de urgência como, pouco acessíveis ao doente idoso.<sup>31</sup>

São necessários estudos que explorem a prática clínica do fisioterapeuta nos vários contextos dos cuidados em saúde, nomeadamente no domicílio. Futuramente, os estudos devem correlacionar os seus resultados com as necessidades psicológicas, sociais e existenciais dos doentes, direcionando a sua intervenção para a preservação da dignidade, esperança e significado da vida para o doente, em detrimento dos objetivos físicos (frequência, intensidade e duração).<sup>9</sup> Recomenda-se que a investigação, no futuro, explore o impacto da prática clínica do fisioterapeuta no estado funcional do doente, na sua satisfação e na sua qualidade de vida.<sup>10,33</sup> A promoção de suporte emocional e motivacional do fisioterapeuta para o doente na prática de atividade física são áreas com elevado interesse para a investigação em CP.<sup>10</sup>

É também importante promover o reconhecimento da sociedade quanto ao tema em questão para promover o financiamento de programas específicos nesta área, assim como, o envolvimento e a reestruturação dos cursos académicos e o acesso ao conhecimento científico.

Esta revisão destaca a necessidade de mais pesquisas específicas sobre a fisioterapia em contexto de CP no domicílio para doentes idosos, bem como dos possíveis resultados desta intervenção na melhoria do conforto e qualidade de vida dos doentes, visando colmatar a atual lacuna de conhecimento.

Sugere-se que futuros estudos investiguem as estratégias de avaliação utilizadas pelos fisioterapeutas, a eficácia da intervenção domiciliária em doentes idosos em CP, e o impacto na sua qualidade de vida. Além disso, recomenda-se a exploração das preferências da população idosa relativamente ao local escolhido para a realização das sessões de fisioterapia. Embora não tenha sido o foco desta revisão, sugere-se também que futuras investigações analisem o impacto da intervenção fisioterapêutica na família do doente idoso em CP domiciliários, dada a sua importância ao longo da trajetória da doença.

Adicionalmente, seria relevante estudar a relação custo-eficácia da fisioterapia domiciliária, e o impacto na redução de reinternamentos e altas hospitalares precoces em doentes idosos no final de vida. Igualmente, é importante investigar se a intervenção da fisioterapia pode contribuir para a diminuição da polimedicação, uma característica comum em doentes idosos com doenças limitantes da vida.

Os resultados obtidos nesta revisão, embora relevantes, são escassos, uma vez que se baseiam num único estudo de caso, o que impede a sua generalização para a totalidade da população idosa em CP, representando uma limitação significativa. Outra limitação reside na inacessibilidade ao texto integral de nove artigos. Existe literatura recente que relaciona a fisioterapia com os CP e o doente idoso, mas esta não estava acessível através das bases de dados da Universidade Católica Portuguesa. Adicionalmente, a pesquisa foi realizada apenas em quatro bases de dados (MEDLINE, CINAHL, SCOPUS e WEB OF SCIENCE), o que constitui uma limitação.

Em futuros estudos, recomenda-se uma expansão da pesquisa a um maior número de bases de dados, bem como a inclusão de literatura cinzenta.

## 8. Conclusões

Esta revisão scoping destaca a escassez de evidências sobre a prática clínica do fisioterapeuta com o doente idoso em CP no contexto domiciliário, sugerindo a necessidade de pesquisas futuras que preencham esta lacuna e sublinhando a importância da sua publicação para alertar sobre uma área que carece de investigação.

Os cuidados diretos e os ensinamentos ao doente e respetiva família representam a prática clínica do fisioterapeuta com o doente idoso em CP no contexto domiciliário, procurando dar resposta às suas necessidades paliativas.

Em CP, a prática de cuidados de fisioterapia deve ser orientada para as necessidades paliativas, as vontades e expectativas do doente idoso e da sua família. O fisioterapeuta deve ser capaz de antecipar o declínio funcional do doente enquanto promove a máxima qualidade de vida possível, com segurança. As técnicas e conhecimentos do fisioterapeuta são, na sua maioria, transversais a diferentes contextos de atuação. Em CP, a mudança reside na forma como o fisioterapeuta se define, com o objetivo de cuidar do doente e otimizar a sua experiência de vida, conferindo-lhe maior significado. Mesmo em fase final de vida, o doente continua a viver e a ter esperança de melhoria em algumas áreas da sua vida, enquanto aceita a inevitabilidade da morte. Em CP, o fisioterapeuta tem a capacidade de promover autonomia, preservar a dignidade e melhorar a qualidade de vida, capacitando o doente a decidir quando, onde e como participará nas atividades do seu dia a dia.

O acesso à fisioterapia é, igualmente, importante do ponto de vista do doente, que reconhece os benefícios na sua qualidade de vida e funcionalidade. Para garantir a máxima eficácia, segurança e qualidade nem CP, é essencial integrar o fisioterapeuta na equipa interdisciplinar, onde os objetivos são comuns a todos os profissionais. Além disso, deve-se promover uma maior acessibilidade à fisioterapia, cujo foco está no controlo sintomático, na otimização da capacidade funcional do doente e na educação e capacitação da família.

Embora apenas um estudo tenha cumprido todos os critérios de inclusão, os resultados apontam para a relevância da intervenção do fisioterapeuta na melhoria da qualidade de vida e do conforto dos doentes. No entanto, a ausência

de estudos mais amplos e diversificados evidencia a necessidade urgente de mais investigação nesta área. Estudos futuros devem focar-se não só na eficácia das estratégias de intervenção, mas também na sua personalização, de acordo com as necessidades dos doentes e das suas famílias. Além disso, é essencial expandir a pesquisa a mais bases de dados e fomentar a colaboração entre as diferentes equipas de saúde que contactam com o doente, de modo a garantir uma abordagem integrativa e coordenada. Esta revisão reforça a importância de consolidar o fisioterapeuta como membro integrante da equipa de CP, especialmente no contexto domiciliário, onde o seu contributo pode ser decisivo para a preservação da dignidade, bem-estar do doente e melhoria da qualidade de vida. É crucial otimizar a abordagem integrativa entre os CP, os cuidados geriátricos e a fisioterapia ao doente idoso e à sua família no domicílio, uma vez que é o local preferido do doente idoso para receber cuidados e morrer.

## 9. Referências Bibliográficas

1. Maharaj SS, Gidado UM, Nuhu JM, Haruna SA, Danazumi MS, Africa S, et al. Knowledge, awareness and use of current practice of palliative care amongst physiotherapists. 2023;1–7.
2. Bustos ICÁ, Muñetón CL, Betancur SP, Toro SG. Effects of physiotherapeutic intervention in quality of life and symptom control of patients with advanced cancer in palliative care. A systematic review. *Med Paliativa*. 2021;28(1):49–60.
3. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliat Med*. 2022;36(4):680–97.
4. Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):1–6.
5. Hall, S.; Petkova, H.; Tsouros, A.; Costantini, M.; Higginson I. Palliative care for older people: Better practices [Internet]. World Health Organization (WHO). 2022. p. 1–72. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289002240>
6. Evans CJ, Ison L, Ellis-Smith C, Nicholson C, Costa A, Oluyase AO, et al. Service Delivery Models to Maximize Quality of Life for Older People at the End of Life: A Rapid Review. *Milbank Q*. 2019;97(1):113–75.
7. Albers G, Froggatt K, Van Den Block L, Gambassi G, Vanden Berghe P, Pautex S, et al. A qualitative exploration of the collaborative working between palliative care and geriatric medicine: Barriers and facilitators from a European perspective. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0118-3>
8. Schelin MEC, Fürst CJ, Rasmussen BH, Hedman C. Increased patient satisfaction by integration of palliative care into geriatrics—A prospective cohort study. *PLoS One*. 2023;18(6 June):1–15.
9. Olsson Möller U, Stigmar K, Beck I, Malmström M, Rasmussen BH. Bridging gaps in everyday life - A free-listing approach to explore the variety of activities performed by physiotherapists in specialized palliative care. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):1–10.
10. Ćwirlej-Sozańska A, Wójcicka A, Kluska E, Stachoń A, muda A. Assessment of the effects of a multi-component, individualized physiotherapy program in patients receiving hospice services in the home. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):1–13.
11. Jack BA, Mitchell TK, Cope LC, O'Brien MR. Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2162–72.
12. Cobbe S, Nugent K, Real S, Slattery S, Lynch M. A profile of hospice-at-home physiotherapy for community-dwelling palliative care patients. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(1):39–45.

13. Santos HDF, Baumgartner L. Defining Older Adults in the International Journal of Lifelong Education. 2021;(January).
14. Rossini PM, Marra C. Demographic Changes and the Challenge for a Healthy Ageing. *Stud Health Technol Inform*. 2014;203:23–31.
15. Santos, A.; Braz, P.; Gomez, V.; Folha, T.; Alves, T.; Dias M. Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal [Internet]. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. 2022. p. 1–88. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/9195>
16. (2024) O. Elderly-Population @ Data.Oecd.Org [Internet]. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart>
17. Administration on Aging (AoA). profile-older-americans @ acl.gov [Internet]. 2021 [cited 2024 May 26]. p. 1–21. Available from: <https://acl.gov/aging-and-disability-in-america/data-and-research/profile-older-americans>
18. At L, Lives THE, Older OF, In P, Eu THE. Ageing Europe [Internet]. 2020. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>
19. Pizzi MA, Briggs R. Occupational and Physical Therapy in Hospice. Vol. 20, *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2004. p. 120–30.
20. Van Den Noortgate NJ, Van Den Block L. End-of-life care for older people: the way forward. *Age Ageing*. 2022;51(7):1–5.
21. Fuhrman MP. Home care for the elderly. *Nutr Clin Pract*. 2009;24(2):196–205.
22. Zanetti ES, Guerrini GB, Chiesa D, Bellandi D, Bertelli C, Carabellese C, et al. Palliative care for the oldest old: Recommendations from the first Italian consensus conference. *J Gerontol Geriatr*. 2019;67(4):220–34.
23. Lazris A. Geriatric Palliative Care. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2019;46(3):447–59. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.007>
24. Omoyeni NE, Soyannwo OA, Aikomo OO, Iken OF. Home-based palliative care for adult cancer patients in Ibadan - A three year review. *Ecancermedalscience*. 2014;8:1–7.
25. Saeteren, B.; Naden D. Dignity: An essential foundation for promoting health and well-being. In: *Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Research* [Internet]. 2021. p. 71–84. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585664/pdf/Bookshelf\\_NBK585664.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585664/pdf/Bookshelf_NBK585664.pdf)
26. Roberts B, Robertson M, Ojukwu EI, Shih D. Home Based Palliative Care : Known Benefits and Future Directions. *Curr Geriatr Reports* [Internet]. 2021;141–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00372-8>
27. Kalluri M, Richman-Eisenstat J. Early and Integrated Palliative Care to Achieve a Home Death in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;53(6):1111–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.344>
28. West E, Moore K, Kupeli N, Sampson EL, Nair P, Aker N, et al. Rapid review of decision-making for place of care and death in older people: Lessons for COVID-

19. Age Ageing. 2021;50(2):294–306.
29. Boockvar KS, Meier DE, Story THEPS. AT THE CLOSE OF LIFE CLINICIAN ' S CORNER Palliative Care for Frail Older Adults “ There Are Things I Can ' t Do Anymore That I Wish I Could . . . ”. JAMA. 2006;296(18):2245–54.
30. Sandsdalen T, Grøndahl VA, Hov R, Høye S, Rystedt I, Wilde-Larsson B. Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: A cross-sectional study. BMC Palliat Care [Internet]. 2016;15(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0152-1>
31. Hill JD, De Forcrand C, Cuthel AM, Adeyemi OJ, Shallcross AJ, Grudzen CR. Emergency provider perspectives on facilitators and barriers to home and community services for older adults with serious life limiting illness: A qualitative study. PLoS One [Internet]. 2022;17(8 August):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0270961>
32. Sarmiento VP, Gysels M, Higginson IJ, Gomes B. Home palliative care works: But how? A meta-ethnography of the experiences of patients and family caregivers. BMJ Support Palliat Care. 2017;7(4):390–403.
33. Wilson CM, Stiller CH, Doherty DJ, Thompson KA. The Role of Physical Therapists Within Hospice and Palliative Care in the United States and Canada. Am J Hosp Palliat Med. 2017;34(1):34–41.
34. McLeod KE, Norman KE. “I've found it's very meaningful work”: Perspectives of physiotherapists providing palliative care in Ontario. Physiother Res Int. 2020;25(1):1–8.
35. Paulo A, Menezes A, Oliveira A, Anacleto I, Marques L. Competências e Objectivos do Fisioterapeuta em Cuidados Paliativos - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. 2019;0–16.
36. Lee SY. the Role of Physical Therapy for Older Persons: the Singapore Perspective. GeriNotes [Internet]. 2013;20(2):14–7. Available from: <http://libaccess.mcmaster.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104273254&site=ehost-live>
37. Marcant D, Rapin CH. Role of the physiotherapist in palliative care. J Pain Symptom Manage. 1993;8(2):68–71.
38. Montagnini M, Javier NM. Physical Therapy and others rehabilitation issues in the palliative care setting [Internet]. UpToDate; 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/physical-therapy-and-other-rehabilitation-issues-in-the-palliative-care-setting/print>
39. Stott DJ, Quinn TJ. Principles of rehabilitation of older people. Med (United Kingdom) [Internet]. 2017;45(1):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.10.002>
40. Smith S, Wilson CM, Lipple C, Avromov M, Maltese J, Siwa E, et al. Managing Palliative Patients in Inpatient Rehabilitation Through a Short Stay Family Training Program. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(3):172–8.
41. Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, Liao S. The Benefits of Rehabilitation for Palliative Care Patients. Am J Hosp Palliat Med. 2015;32(1):34–43.

42. Wittry SA, Lam NY, McNalley T. The Value of Rehabilitation Medicine for Patients Receiving Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Med*. 2018;35(6):889–96.
43. Malcolm L, Mein G, Jones A, Talbot-Rice H, Maddocks M, Bristowe K. Strength in numbers: patient experiences of group exercise within hospice palliative care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0173-9>
44. Kumar SP, Jim A. Physical Therapy in Palliative Care: From Symptom Control to Quality of Life: A Critical Review. *Indian J Palliat Care*. 2010;16(3):138–46.
45. Pergolotti M, Lyons KD, Williams GR. Moving beyond symptom management towards cancer rehabilitation for older adults: Answering the 5W's. *J Geriatr Oncol* [Internet]. 2018;9(6):543–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.11.009>
46. World Health Organization (WHO). World Health Organization Quality of Life [Internet]. 2012. p. 1–106. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
47. McCaffrey N, Bradley S, Ratcliffe J, Currow DC. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016;52(2):318–328.e5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.012>
48. Navarro-Meléndez A, Gimenez M, Robledo-Donascimento Y, Río-González A, Lendínez-Mesa A. Physiotherapy applied to palliative care patients: a descriptive practice-based study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):4–11.
49. Bernabeu-Wittel M, Moreno-Gaviño L, Nieto-Martín D, Lanseros-Tenllado J, Sáenz-Santamaría A, Martínez-Pérez O, et al. Physiotherapy in palliative medicine: Patient and caregiver wellness. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;73:197–204.
50. Woodman C, Baillie J, Sivell S. The preferences and perspectives of family caregivers towards place of care for their relatives at the end-of-life. A systematic review and thematic synthesis of the qualitative evidence. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;6(4):418–29.
51. Sahlen KG, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2016;30(3):296–302.
52. Khalil H, Bennett M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Peters M. Evaluation of the JBI scoping reviews methodology by current users. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;1–6.
53. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. *Underst scoping Rev Defin Purp Process*. 2017;18(10):2119–26.
54. Turner F, Seiger C, Devine N. Impact of Patient and Caregiver Transfer Training Provided by a Physical Therapist in the Hospice Setting: A Case Study. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2013;30(2):204–9. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049909112444716>
55. Yaffe J, Montgomery P, Hopewell S, Shepard LD. Empty reviews: A description

- and consideration of cochrane systematic reviews with no included studies. *PLoS One*. 2012;7(5):3–9.
56. Mackey KMC, Sparling JW. Experiences of older women with cancer receiving hospice care: Significance for physical therapy. *Phys Ther*. 2000;80(5):459–68.
  57. Wu J, Quill T. Geriatric rehabilitation and palliative care: Opportunity for collaboration or oxymoron? *Top Geriatr Rehabil*. 2011;27(1):29–35.
  58. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2023-2024. *Acss*. 2023;1–35.
  59. Slyer JT. Unanswered questions: Implications of an empty review. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2016;14(6):1–2.
  60. Villalobos Dintrans P, Izquierdo C, Guzmán R, Gálvez MJ, Santander S. Defining “older people” in Chile: Challenges in planning policies for ageing populations. *Health Policy Plan*. 2020;35(10):1347–53.
  61. Fien S, Plunkett E, Fien C, Greenaway S, Heyland DK, Clark J, et al. Challenges and facilitators in delivering optimal care at the End of Life for older patients: a scoping review on the clinicians’ perspective. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2021;33(10):2643–56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01816-z>
  62. Oh A, Hunt LJ, Ritchie CS, Ornstein KA, Kelley AS, Rajagopalan S, et al. Role of Home Health for Community-Dwelling Older Adults Near the End of Life: A Resource beyond Hospice? *J Palliat Med*. 2023;26(3):385–92.
  63. Kornblatt S, Cheng S, Chan S. Best practice: The on lok model of geriatric interdisciplinary team care. *Older People Their Caregivers Across Spectr Care*. 2015;4372:15–22.
  64. Scialla S, Cole R, Scialla T, Bednarz L, Scheerer J. Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: Making a transition to palliative care. *Palliat Med*. 2000;14(2):121–7.
  65. Briggs RW. Preface: Palliative care. *Top Geriatr Rehabil*. 2011;27(3):169–70.
  66. Hannah Major-Monfried, Linda V. DeCherrie, Ania Wajnberg, Meng Zhang, Amy S. Kelley KAO. Managing Pain in Chronically Ill Homebound Patients Through Home-Based Primary and Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(4):333–8.
  67. Nixon AC, Bampouras TM, Gooch HJ, Young HML, Finlayson KW, Pendleton N, et al. The EX-FRAIL CKD trial: A study protocol for a pilot randomised controlled trial of a home-based EXercise programme for pre-frail and FRAIL, older adults with Chronic Kidney Disease. *BMJ Open*. 2020;10(6).
  68. Pushpangadan M, Burns E. Caring for Older People: Community services: Health. *Bmj*. 1996;313(7060):805–8.
  69. Kucharska E, Kucharska A, Sieroń A, Nowakowski M, Sieroń K. Palliative treatment - still unsolved problem. *Wiad Lek*. 2019;72(6):1165–9.
  70. Atherton N, Bridle C, Brown D, Collins H, Dosanjh S, Griffiths F, et al. Dementia and Physical Activity (DAPA) - an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: Study protocol for a randomized

controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016;17(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-016-1288-2>

71. Pompili A, Telera S, Villani V, Pace A. Home palliative care and end of life issues in glioblastoma multiforme: Results and comments from a homogeneous cohort of patients. *Neurosurg Focus*. 2014;37(6):6–9.
72. Syed MA, Moorhouse A, McDonald L, Hitzig SL. A review on community-based knowledge transfer and exchange (KTE) initiatives for promoting well-being in older adults. *J Evidence-Informed Soc Work* [Internet]. 2017;14(4):280–300. Available from: <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1323065>
73. Hall CC, Skipworth RJE, Blackwood H, Brown D, Cook J, Diernberger K, et al. A randomized, feasibility trial of an exercise and nutrition-based rehabilitation programme (ENeRgy) in people with cancer. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2021;12(6):2034–44.
74. Woo J, Yu R, Leung G, Chiu C, Hui A, Ho F. An integrated model of community care for older adults: Design, feasibility and evaluation of impact and sustainability. *Aging Med Healthc*. 2021;12(3):105–13.
75. Fessler EB, Soriano T, Whitehouse CR, Miller RK. Home-Based Medical Care: High-Value Health Care During Coronavirus Disease 2019 and Beyond. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(2):289–92.
76. Chesney TR, Haas B, Coburn NG, Mahar AL, Zuk V, Zhao H, et al. Immediate and Long-Term Health Care Support Needs of Older Adults Undergoing Cancer Surgery: A Population-Based Analysis of Postoperative Homecare Utilization. *Ann Surg Oncol*. 2021;28(3):1298–310.
77. Reticker AL, Nici L, ZuWallack R. Pulmonary rehabilitation and palliative care in COPD: Two sides of the same coin? *Chron Respir Dis* [Internet]. 2012;9(2):107–16. Available from: <https://doi.org/10.1177/1479972312441379>
78. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K MP-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. <https://synthesismanual.jbi.global>. 2020.

# Apêndices

## Apêndice 1 - Bases de Dados Utilizadas

<b>CINAHL complete</b>	Ferramenta de investigação que permite o acesso rápido a textos integrais de revistas de diversas áreas da saúde
<b>MEDLINE</b>	Motor de busca que indexa artigos completos de milhares de revistas médicas consideradas de topo
<b>Scopus</b>	Engloba meta informação e citações de publicações confiáveis na área da medicina. Oferece uma visão ampla da produção científica internacional.
<b>Web of Science</b>	Possibilita o acesso a informações e tecnologia para a comunidade científica. Permite o acesso a recursos de informação publicados numa lista de revistas científicas com uma seleção rigorosa.

## Apêndice 2 - Estratégia População/Conceito/Contexto com as palavras de pesquisa

	<b>População</b>	<b>Conceito</b>	<b>Contexto</b>
<b>MeSH Terms</b>	Aged Aged, 80 and over Centenarians Nonagenarians Octogenarians	Physical Therapy Specialty Physical Therapy Modalities Recovery of Function Exercise Therapy Neurological Rehabilitation Cardiac Rehabilitation Telerehabilitation	Palliative Care Palliative Medicine Terminal Care Hospice Care
<b>Cinahl headings</b>	Aged Aged, 80 and over Centenarians Nonagenarians Octogenarians	Physical Therapy Home Physical Therapy Mobility Training Cancer Rehabilitation Cardiac rehabilitation Geriatric Rehabilitation Pulmonary Rehabilitation Telerehabilitation Kinesiotherapy Physical Therapy Practice, Research-Based Physical Therapy Assessment Physical Therapy Practice, Evidence-Based Physical Therapy Practice	Palliative Care Palliative Medicine Terminal Care
<b>Descritores</b>	Aged Elderly Aged, 80 and over Oldest Old Centenarian* Nonagenarian* Octogenarian* Aging Older Ancient Old-aged Geriatrics	"Physical Therap*" Physiotherap* Rehabilitation "Function Recover*" "Remedial Exercise*" "Exercise Therapies" "Rehabilitation Exercise*" Neurorehabilitation Telerehabilitation* Tele-rehabilitation* "Mobility Training" Kinesiotherapy	"Palliative Care" "Palliative Medicine" "Palliative Therapy" "Palliative Supportive Care" "Palliative Treatment*" "End of Life" End-of-Life "Terminal Illness" "Palliative Approach" "Terminal Care" "Hospice Care" "Palliative Surgery"

### Apêndice 3 - Instrumento para Extração de Dados segundo o Protocolo da JBI

<b>Título da Revisão:</b> A Fisioterapia em Cuidados Paliativos no Doente Idoso em Contexto Domiciliário: revisão scoping	
<b>Questões da Revisão:</b>	
Qual é a prática clínica do fisioterapeuta em cuidados paliativos ao doente idoso, em contexto domiciliário?	
- Quais as estratégias de avaliação do fisioterapeuta em cuidados paliativos ao doente idoso, em contexto domiciliário?	
- Quais as estratégias de intervenção do fisioterapeuta em cuidados paliativos ao doente idoso, em contexto domiciliário?	
- Quais os resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida após intervenção do fisioterapeuta em cuidados paliativos ao doente idoso, em contexto domiciliário?	
<b>Critérios de Inclusão (PCC)</b>	
População: Idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) com doença crónica, incurável e avançada, independentemente do diagnóstico médico	
Conceito: Esta revisão considera intervenções em fisioterapia desenvolvidas por fisioterapeutas em contexto de cuidados paliativos (qualquer tipo de intervenção é considerado, não tendo em conta o grau de conhecimento académico do profissional na área dos cuidados paliativos)	
Contexto: Esta revisão inclui estudos em contexto de cuidados paliativos, prestados no domicílio	
<b>Detalhes do estudo e características da extração de dados</b>	
Autor/es:	
Título:	
Ano da Publicação:	
País de origem:	
Tipo de estudo:	
Fontes de pesquisa utilizadas:	
Objetivos:	
Prática clínica do fisioterapeuta:	
Estratégias de avaliação do fisioterapeuta:	
Estratégias de intervenção (frequência, duração, número de sessões, tipo de intervenção) do fisioterapeuta:	
Resultados obtidos na otimização do conforto e qualidade de vida:	

#### Apêndice 4 - Estudos Excluídos Durante o Processo de Seleção

Autor	País/Ano	Título do Estudo	Motivo de Exclusão	Página	Dados Relevantes
Oh, A. et al. <sup>62</sup>	Estados Unidos da América, 2023	Role of Home Health for Community-Dwelling Older Adults Near the End of Life: A Resource Beyond Hospice?	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	389	"Table 2. Proportion of Decedents Receiving Non-Nursing Visits Through Home Health, Hospice, or Both at the End of Life"
McGreevy, B.	Reino Unido, 2020	A critical review of the use of cancer care rehabilitation pathways in the management of a patient with lung cancer from diagnosis to discharge: a case study	Texto integral não acessível	-	-
Cobbe, S. et al. <sup>12</sup>	Irlanda, 2013	A profile of hospice-at-home physiotherapy for community-dwelling palliative care patients	População com idade < 65 anos.	43	"Range 4 weeks – 94 years, median 70 years, SD 14.6 years"

Mackey, K. et al. <sup>56</sup>	Estados Unidos da América, 2000	Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy	População com idade < 65 anos	461	“Table. Informant Demographics and Characteristics”
Kogure, E.; Ohnuma, T.; Hara, T.	Japão, 2022	Letter to the Editor: survey on the number and content of requests for home visit rehabilitation of users with cancer as their main disease: a single facility survey	Texto integral não acessível	-	-
Kornblatt, S. et al. <sup>63</sup>	Estados Unidos da América, 2002	Best practice: the On Lok model of geriatric interdisciplinary team care	Local de intervenção não é o domicílio	20	“She chose to stay in the hospice room at On Lok House, which is designed to provide Comfort care for On Lok participants during their final days and weeks.”
Sciolla, S. et al. <sup>64</sup>	Estados Unidos da América, 2000	Rehabilitation for elderly patients with cancer asthenia: making a transition to palliative care	População com idade < 65 anos	122	“We made a retrospective examination of the medical records of all patients aged 60 years or older”

Taylor, R.	2001	Experiences of older women with cancer receiving hospice care: significance for physical therapy	Texto integral não acessível	-	-
Briggs, R. <sup>65</sup>	Estados Unidos da América, 2011	Preface: Palliative Care	Local de intervenção não é o domicílio	169/170	-
Bailey, S.; Lee, B.	2011	The case study masterclass: Case 58. A 70-year-old woman with motor neurone disease and changing advance care plans.	Texto integral não acessível	-	-
Major-Monfried, H. et al. <sup>66</sup>	Estados Unidos da América, 2019	Managing pain in chronically ill homebound patients through home-based primary and palliative care	Intervenção da fisioterapia não é detalhada	11	“Table 1. Characteristics of Patients Receiving HBPC According to Baseline Pain Score.” “Table 2. Pain Treatments Administered Over 6-Month Study Period for Patients Receiving HBPC”

Nagumo, H.; Miyagawa, T.; Sumitani, M.; Fujiwara, M; Saito, H.; Takagi, S.; Tsuda, T.; Imoto, H.; Ohe, M.	Japão, 2023	Alleviation of dyspnea and changes in physical activity level by air flow to the face with a fan	Texto integral não acessível	-	-
Nixon, A. et al. <sup>67</sup>	Reino Unido, 2020	The EX-FRAIL CKD trial: a study protocol for a pilot randomised controlled trial of a home-based exercise programme for pre-frail and frail, older adults with chronic kidney disease	Intervenção fora do contexto dos CP	2	“The regional nephrology service operates a ‘hub-and-spoke’ model, accordingly participants attending clinics at sites other than LTHTR are still under the care of the LTHTR nephrology service.”
Pushpangadan, M. et al. <sup>68</sup>	Reino Unido, 1996	Caring for older people: community services: health	Intervenção fora do contexto dos CP	806	“Community physiotherapists are based in health centres and provide advice, assessment, and short term intervention.”
Dieudonné, N.; Micheli, R.; Hottinger, A.	Suíça, 2016	Palliative care for glioblastoma	Texto integral não acessível	-	-

Kucharska, E. et al. <sup>69</sup>	Polónia, 2019	Palliative treatment – still unsolved problem	Não há descrição quando à idade da população.	1165	“Due to the dynamics onset of cancer in the group of geriatric patients there is a need for a broader analysis of the topic.”
Atherton, N. et al. <sup>70</sup>	Reino Unido, 2016	Dementia and physical activity (DAPA) – na exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: study protocol for a randomized controlled trial	Intervenção fora do contexto dos CP	4	“We will recruit community-dwelling people with mild to moderate dementia and, where available, their carers. Potential participants will be identified from a number of sources: secondary and primary care clinics, registers of people with dementia who have expressed an interest in participating in research (...) and community dementia resources”
Pompili, A. et al. <sup>71</sup>	Itália, 2014	Home palliative care and end of life issues in glioblastoma multiforme: results and comments from a homogeneous cohort of patients.	População com idade < 65 anos	3	“We divided the patients into 2 groups: > 65 and ≤ 65 years”
Syed, M. et al. <sup>72</sup>	Canada, 2017	A Review on Community-Based Knowledge Transfer and Exchange (KTE) Initiatives for Promoting Well-Being in Older Adults.	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	289	A number of studies included the participation of front-line and allied health professionals that typically care for older adults, including (...) physiotherapists in the KTE or related practice.”

Hall, C. et al. <sup>73</sup>	Reino Unido, 2021	A randomized, feasibility trial of an exercise and nutrition-based rehabilitation programme (ENeRgy) in people with cancer	População com idade < 65 anos	2035	“Eligible patients met the following criteria: outpatients; age ≥ 18 years”
Romain, D.; Bernady, A.; Etchamendy, E.; Barokas, T.; Pignede, P.	França, 2011	Costs of hospitalisation for exacerbations of COPD in patients receiving domiciliary rehabilitation	Não cumpre o critério da língua	-	-
Kuhara, S.; Kakou, H.; Tokuo, M.; Nogami, M.; Takemura, J.; Hachisuka, K.	Japão, 2009	Palliative rehabilitation of two patients with terminal stage cancer: a visit to patient's home and the provision of advice by a nurse and rehabilitation staff members before discharge--from physical therapist's perspective	Não cumpre o critério da língua	-	-

Kato, N.; Suzuki, M.	Japão, 2004	Contribution of the rehabilitation approach for home medical care--a case study of a patient with higher cortical dysfunction	Não cumpre o critério da língua	-	-
Woo, J. et al. <sup>74</sup>	China, 2021	An integrated model of community care for older adults: Design, feasibility and evaluation of impact and sustainability	População o com idade < 65 anos	107	"The median age (range) is 85 (58-101) years"
Bernabeu-Wittel, M.; Moreno-Gavino, L.; Nieto-Martin, D.; Lanseros-Tenllado, J.; De Santamaria, A.; Martinez-Perez, O.; Aguilera-Gonzalez, C.; Pereira-Domínguez, M.; Ollero-Baturone, M.	Espanha, 2021	Benefits of a Physiotherapy Program in Functional Status and Symptoms Burden of Patients with Advanced Chronic Diseases and Cancer	Texto integral não acessível	-	-

Fessler, E. et al. <sup>75</sup>	Estados Unidos da América, 2021	Home-Based Medical Care: High-Value Health Care During Coronavirus Disease 2019 and Beyond	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	291	“Encouragingly, outpatient physical, (...) therapy visits have successfully pivoted to telehealth (“telerehabilitation”) during the pandemic”
Chesney, T. et al. <sup>76</sup>	Canada, 2021	Immediate and Long-Term Health Care Support Needs of Older Adults Undergoing Cancer Surgery: A Population-Based Analysis of Postoperative Homecare Utilization	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	1301	“Other types of homecare services were less frequently used, and the frequencies changed little from year 1 to year 5: (...) from 2.7 to 2.9% for physiotherapy and occupational therapy, from 0.1 to 0.1% for respiratory”
Cwiek, R.	Polónia, 2018	Should patient decide about the place and method of the treatment	Não cumpre o critério da língua	-	-
Kalluri, M. et al. <sup>27</sup>	Canada, 2017	Early and Integrated Palliative Care to Achieve a Home Death in Idiopathic Pulmonary Fibrosis	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	1112	“A community-based home care team was assembled to support his wishes for care at home: this team was comprised of a registered respiratory therapist, (...) and physiotherapist”
Reticker, A. et al. <sup>77</sup>	Estados Unidos da América, 2012	Pulmonary rehabilitation and palliative care in COPD: Two sides of the same coin?	Local de intervenção não é o domicílio	110	“Pulmonary rehabilitation at that time was a 12-session outpatient program in a community hospital”

Guccione, A. et al.	Estados Unidos da América, 2011	Geriatric Physical Therapy	Texto integral não acessível	-	-
Wu, J. et al. <sup>57</sup>	Estados Unidos da América, 2011	Geriatric rehabilitation and palliative care: Opportunity for collaboration or oxymoron?	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	32	“The PM&R consultant requested a physical therapy home assessment and patient education for C.K. and his daughter.”
Kazmierczak, M. et al.	Polónia, 2007	The influence of physical exercises and manual lymphatic drainage on the quality of life in subjects with advanced neoplastic disease	Texto integral não acessível	-	-
Fuhrman, M. <sup>21</sup>	Estados Unidos da América, 2009	Invited Review: Home care for the elderly	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	200	“Home care services include (...) physical therapy (...) Ideally an interdisciplinary team of healthcare professionals is available to provide these services (...)”
Boockvar, K. et al. <sup>29</sup>	2006	Palliative care for frail older adults: "There are things I can't do anymore that I wish I could..."	Intervenção do fisioterapeuta não é detalhada	2247	“Table 1. Assessment and Management of Common Symptoms Associated With Frailty”; “Consider referral for rehabilitation evaluation or physical therapy”

# **Anexos**

## Anexo 1. JBI Critical Appraisal Checklist for case reports<sup>78</sup>

Reviewer: Diana Vanessa Luís Almeida, Cristina Mello Vieira

Date 5/8/2024

Author: Fernette Turner, Cindy Seiger and Nancy Devine

Year: 2012

Record Number: 10.1177/1049909112444716

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the case report provide takeaway lessons?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Questão 5: Ausência de referência da duração das sessões de fisioterapia e descrição dos exercícios terapêuticos realizados ("Therapeutic exercises were included (...)", pág. 207).

Questão 7: Os autores não descrevem a condição respiratória nas últimas semanas de intervenção do fisioterapeuta nem o impacto desta no dia a dia do doente. Há referência a um aumento dos problemas respiratórios na discussão ("his gradually increasing respiratory problems", pag. 208).