

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**

**Curso de Fisioterapia**

**Mayara da Rocha Camargo**

**ESCALAS FUNCIONAIS EMPREGADAS EM IDOSOS  
EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: REVISÃO DE  
LITERATURA.**

**São Paulo**

**2019**

**Mayara da Rocha Camargo**

**ESCALAS FUNCIONAIS EMPREGADAS EM IDOSOS  
EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: REVISÃO DE  
LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa, Jeanette Janaína JaberLucato, como requisito parcial para obtenção do título de Fisioterapeuta.

**São Paulo**

**2019**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani**

Camargo, Mayara da Rocha

Escalas funcionais empregadas em idosos em cuidados paliativos no Brasil: revisão de literatura / Mayara da Rocha Camargo. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.  
52p.

Orientação de Jeanette Janaína JaberLucato

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2019.

1. Capacidade funcional 2. Cuidados paliativos 3. Idoso I. Lucato, Jeanette Janaína Jaber II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 615.82

**Mayara da Rocha Camargo**

**ESCALAS FUNCIONAIS EMPREGADAS EM IDOSOS  
EM CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL: REVISÃO DE  
LITERATURA.**

**São Paulo, 14 de novembro de 2019**

---

**Jeanette Janaína JaberLucato**

---

**Banca Examinadora**

**SÃO PAULO  
2019**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Valdicéia e Gilberto, meus maiores incentivadores, por estarem presente em todos os momentos da minha vida, sempre me apoiando e acreditando na minha capacidade e por não medirem esforços para eu conquistarmais esta etapa. Muito obrigada, amo vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pela vida e por toda a força que colocou no meu coração que me ajudou a lutar até o fim.

Aos meus pais, Valdicéia e Gilberto, que iluminaram o caminho da minha vida, pelo amor e apoio incondicional. Amo vocês.

À prof<sup>a</sup> Jeanette Janaína Jaber Lucato, minha orientadora, pelo ensinamento, dedicação e paciência dispensados no auxílio à concretização dessa monografia. Exemplo de pessoa e profissional. A você todo meu carinho e gratidão. Muito obrigada!

À prof<sup>a</sup> Janete Maria da Silva, pela oportunidade, pelo carinho, atenção e confiança e apoio durante toda a construção deste trabalho. Muito obrigada!

À prof<sup>a</sup> Renata Cleia Claudino Barbosa, exemplo de profissional comprometida e humana, pelas maravilhosas aulas ministradas e o carinho durante todo o curso de graduação. Pela atenção e disponibilidade em me ajudar a realizar este trabalho. A você todo meu carinho e eterna gratidão. Muito obrigada!

À prof<sup>a</sup> e coordenadora do curso de graduação em fisioterapia Ébe dos Santos Monteiro Carbone pelos ensinamentos e por me orientar no intercâmbio na Espanha. Muito obrigada!

À prof<sup>a</sup> Maria Elisa Manso pelas oportunidades e ensinamentos nesta jornada do envelhecimento humano na geriatria e gerontologia. Muito obrigada!

Ao meu irmão Dennis pela grande ajuda neste trabalho. Muito Obrigada!

Gostaria de deixar meu profundo agradecimento à todos os professores do Centro Universitário São Camilo que tanto me ensinaram e incentivaram durante os anos de graduação. Muito obrigada!

## EPÍGRAFE

Tudo tem seu apogeu e seu declínio.

É natural que seja assim, todavia, quanto  
tudo parece convergir para o que  
supomos o nada, eis que a vida ressurge,  
triunfante e bela.

Novas folhas, novas flores, na infinita  
benção do recomeço!

Francisco Cândido Xavier

## RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida da população, estabelecem-se alterações no padrão de saúde nos indivíduos com 60 anos ou mais. O aparecimento de doenças crônico-degenerativas muitas vezes incuráveis e ameaçadoras à vida faz crescer a demanda por novos cuidados que proporcionem bem-estar e alívio do sofrimento no fim da vida. Os cuidados paliativos (CP) empreendidos no Brasil desde os anos 70, busca melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, prevenindo, tratando e aliviando a dor e sofrimento físico, psíquico, social e espiritual por meio de uma assistência multidisciplinar. Conhecer a condição funcional dos pacientes em cuidados paliativos é importante para implementar estratégias específicas de assistência e entendimento da evolução clínica de cada caso. O estudo teve como objetivo: avaliar quais escalas são mais empregadas na avaliação da capacidade funcional de idosos sob cuidados paliativos no Brasil. Trata-se de uma revisão de literatura integrativa referente aos instrumentos de avaliação da capacidade funcional de idosos em cuidados paliativos no Brasil. A busca eletrônica foi realizada por 1 avaliador, em outubro de 2019, nas bases de dados: Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram incluídos estudos transversais e ensaios clínicos que abordassem o tema capacidade funcional em cuidados paliativos. O foco do estudo é a população idosa, contudo, devido à escassez de publicações nesta população, artigos que avaliaram outras faixas etárias, também foram incluídos na presente revisão. Apenas estudos Brasileiros foram analisados devido o objeto de estudo se restringir ao país. Foi estabelecido como critério de busca artigos publicados no Brasil. É importante ressaltar que não houve delimitação quanto ao ano de publicação dos estudos incluídos e foram excluídos artigos publicados em outras línguas, os que não estavam disponibilizados na íntegra, que não se relacionavam a capacidade funcional em cuidados paliativos e os que avaliaram a capacidade funcional por meio de instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida. Foram encontrados 27 artigos, onde 14 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão. Conclui-se que a escala mais empregada para avaliação da capacidade funcional de indivíduos em cuidados paliativos no Brasil, até a finalização desta revisão, foi a KPS seguida da PCST, PPS, Escala de Zubrod, Índice de Katz e Índice de Lawton.

Palavras-chave: Capacidade Funcional, Cuidados Paliativos, Idosos.

## ABSTRACT

With the increase in life expectancy of the population, changes in the standard of health in individuals aged 60 years and over are established. The onset of often incurable and life-threatening chronic degenerative diseases increases the demand for new care that provides well-being and relief from end-of-life suffering. Palliative care (PC) undertaken in Brazil since the 1970s, seeks to improve the quality of life of patients and their families, preventing, treating and alleviating physical, mental, social and spiritual pain and suffering through multidisciplinary assistance. Knowing the functional condition of patients in palliative care is important to implement specific care strategies and understanding the clinical evolution of each case. The study aims to: evaluate which scales are most used to evaluate the functional capacity of elderly in palliative care in Brazil. This is an integrative literature review regarding the functional capacity assessment instruments of the elderly in palliative care in Brazil. The electronic search was performed by 1 reviewer, in October 2019, in the databases: Online Scientific Electronic Library (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS). Cross-sectional studies and clinical trials that addressed the theme functional capacity in palliative care were included. The focus of the study is the elderly population, however, due to the scarcity of publications in this population, articles that evaluated other age groups were also included in this review. Only Brazilian studies were analyzed due to the object of study being restricted to the country. It was established as search criteria articles published in Brazil. It is important to highlight that there was no delimitation as to the year of publication of the included studies and articles published in other languages, those that were not fully available, which did not relate to functional capacity in palliative care, and those that evaluated functional capacity by reference were excluded. instruments developed to assess quality of life. We found 27 articles, 14 of which were selected according to the inclusion criteria. It was concluded that the most used scale to evaluate the functional capacity of individuals in palliative care in Brazil, until the end of this review, was the KPS followed by the PCST, PPS, Zubrod Scale, Katz Index and Lawton Index.

Keywords: Functional Capacity, Palliative Care, Elderly.

## LISTA DE SIGLAS

ABVD Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais de Vida Diária

ANCP Academia Nacional de Cuidados Paliativos

AVC Acidente Vascular Cerebral

AVD Atividades de Vida Diária

CP Cuidados Paliativos

EOLDCAD End-of-Life in Dementia scales- Comfort Assessment in Dying

EORTC QLQ C30 European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire

ESAS Edmonton Symptom Assessment System

EUA Estados Unidos da América

SEIQoL-DW Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting

FIM Functional Independence Measure

HAQ Health Assessment Questionnaire

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

ILPI Instituição de Longa Permanência

KPS Escala de Performance de Karnofsky

KATZ Índice de Katz

MOS *Escala* Medical Outcome Study

MQOL Memorial Symptom Assessment e McGill Quality of Life Questionnaire

MIF Medida de Independência Funcional

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PCST Escala Palliative Care Screening Tool

PPS Escala de *Performance* Paliativa

RAI- PC InterRAI Palliative Care

SEI Índice de Experiência de Sintomas Symptom Experience Index

SIP Sickness Impact Profile

SFMO Síndrome de falência de múltiplos órgãos

SF-36 Short-Form Escala Palliative Care Screening Tool Health Survey

UBS Unidade Básica de Saúde

UPP Úlcera por Pressão

ZUBROD Escala de Zubrod-EOCG

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	17
2 OBJETIVOS .....	18
2.1 Objetivo geral .....	18
3 MÉTODOLOGIA.....	19
3.1 Tipo de estudo .....	19
3.2 Período de busca .....	19
3.3 Critérios de inclusão.....	19
3.4 Critérios de exclusão.....	19
4 DESENVOLVIMENTO .....	21
4.1 Demografia do envelhecimento.....	21
4.2 Doenças crônicas não transmissíveis (dcnts) .....	23
4.3 Falências orgânicas .....	24
4.4 Cuidados paliativos .....	25
4.5 Capacidade funcional.....	28
4.6 Idoso em cuidados paliativos .....	32
5 RESULTADOS .....	35
6 DISCUSSÃO .....	44
7 CONCLUSÃO.....	49
REFERENCIAS.....	51

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observamos o aumento significativo do número de idosos no mundo. Este expressivo crescimento populacional infelizmente tem se associado ao aumento das doenças crônico- degenerativas, câncer e doenças incapacitantes, que levam ao declínio funcional dos indivíduos necessitando de cuidados especiais, como os cuidados paliativos (WHO,2014).

O processo de envelhecimento possui peculiaridades e é inerente a cada indivíduo. Além disto, a população idosa apresenta necessidades diferenciadas e especificidades que devem ser consideradas, especialmente, nos casos em que as doenças crônicas prevalecem (VERAS; OLIVEIRA, 2018).O avançar da idade e as doenças incuráveis impactam de maneira significativa na qualidade vida dos idosos,principalmente,na capacidade funcional (CAMPOLINA et al.,2011).

No mundo, a cada ano, mais de 20 milhões de indivíduos necessitam de CP no final de suas vidas. Novos desafios são levantados a respeito da saúde no e a qualidade de vida dos idosos, impreterivelmente, aqueles em CP, uma vez que a maioria dos que necessitam destes cuidados não sofrem de doenças malignas (WHO, 2014).

Os CP tratam-se da modalidade de assistência à saúde destinada a todos os indivíduos com doenças ameaçadoras da vida, tendo como objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares (ANCP, 2012; WHO, 2002,2014). Para que esta modalidade de assistência seja efetiva, a avaliação dos pacientes em CP é extremamente importante, principalmente a funcional para a atenção e cuidado com a curva evolutiva da doença, para a tomada de decisões, previsão do prognóstico e o diagnóstico da terminalidade (ANCP, 2012).

Estudos sobre a funcionalidade de pessoas idosas assistidas em CP e os instrumentos para avaliar a capacidade funcional são profundamente importantes para facilitar os cuidados prevenindo a dor, incapacidade e o sofrimento, principalmente no cenário Brasileiro.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar quais escalas são mais empregadas na avaliação da capacidade funcional de idosos em cuidados paliativos no Brasil.

### 3 MÉTODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa referente aos instrumentos de avaliação da capacidade funcional de idosos em cuidados paliativos no Brasil.

#### 3.2 Período de Busca

A busca eletrônica foi realizada por 1 avaliador, em outubro de 2019, nas bases de dados: Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A estratégia de busca, assim como os termos utilizados estão descritos no quadro 1.

#### Quadro 1: Estratégia de busca.

# 1 Capacidade Funcional; #1 Functional capacity

# 2 Idosos; #2 Elderly

# 3 Cuidados Paliativos; #3 Palliative care

**Cruzamento:** (#1) AND (#2 OR #3); (#2) AND (#3); (#1) AND (#2) AND (#3).

#### 3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos estudos transversais e ensaios clínicos que abordassem o tema capacidade funcional em cuidados paliativos. O foco do estudo conforme mencionado previamente é a população idosa, contudo, devido à escassez de publicações nesta população, artigos que avaliaram outras faixas etárias, também foram incluídos na presente revisão. Além disso, apenas estudos Brasileiros foram analisados devido o objeto de estudo se restringir ao país. Foi estabelecido como critério de busca artigos publicados no Brasil. É importante ressaltar que não houve delimitação quanto ao ano de publicação dos estudos incluídos.

#### 3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos artigos publicados em outras línguas, os que não estavam disponibilizados na íntegra, que não se relacionavam a capacidade funcional em

cuidados paliativos e os que avaliaram a capacidade funcional por meio de instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 Demografia do envelhecimento

O mundo está envelhecendo rapidamente. Atualmente existem mais de 1 bilhão de idosos com 60 anos ou mais no mundo, a maioria vivendo em países menos desenvolvidos, aumentando as demandas por cuidados básicos de saúde e cuidados a longo prazo (OMS,2019).

O envelhecimento é um processo natural inerente a todos os seres vivos animais. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento é definido como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003,p.30).

Para Cunha e Jeckel-Neto (2006), o termo envelhecimento descreve as mudanças morfofuncionais que ocorrem ao longo da vida após a maturação sexual do homem e que ao longo deste processo vão comprometer a capacidade dos indivíduos para responder de maneira eficiente o estresse ambiental e manter o estado de equilíbrio das diversas composições químicas do corpo.

O envelhecimento é um fenômeno multifacetado e multifatorial. É um processo de alterações biológicas, fisiológicas e sociais que afetam os seres vivos mas não de maneira homogênea (BRASIL,2006). Ele não apresenta um marcador biofisiológico que mostre seu início, mas é caracterizado na sociedade mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos em si (PAPALÉO NETO, 2006).

Atualmente, o envelhecimento fruto das mudanças do século XX, não é mais privilégio para poucos e passa a ser englobado também para populações em países em processo de desenvolvimento como o Brasil (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O século XX foi marcado por mudanças radicais na estrutura populacional em todo o mundo. No início do século XX a população mundial era de 1,7 bilhão de pessoas e em meados de 1980 o mundo já apresentava 4 bilhões de pessoas. O aumento significativo da população em todo o mundo é resultado da queda nos

níveis de mortalidade e aumento dos níveis de fecundidade, contribuindo para aumentar a expectativa de vida populacional. Em toda a história, as populações nunca apresentaram expectativas de vida tão altas, isto graças as melhorias nas condições de vida, como, políticas públicas de saúde, inovações tecnológicas e avanços na medicina (IBGE, 2003).

O ritmo de envelhecimento da população mundial está muito mais rápido que no passado. Hoje no mundo, as pessoas podem esperar viver até os 60 anos ou mais (WHO,2015). Em todo o mundo a previsão é de que pessoas com mais de 60 anos salte de 901 milhões em 2015 para 1,4 bilhão em 2030 (ONU, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso, o indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento como o Brasil e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (WHO,2002).

O Brasil está vivenciando uma das taxas mais rápidas de envelhecimento do mundo (NEUMANN; ALBERT, 2018).O país apresenta uma população acima de 210 milhões de habitantes, de acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Em 2012 a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, sendo que em 2017 a população idosa ultrapassou 30,2 milhões de habitantes, representando um aumento de 18% desse grupo etário (IBGE, 2018). Estimativas indicam que em 2020 a população idosa deverá chegar aos 32 milhões de indivíduos no Brasil(VERAS; OLIVEIRA,2018). As mulheres são o número mais expressivo deste grupo com 16,9 milhões em comparação aos homens idosos com 13,3 milhões.A quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação Brasileira, sendo que Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul foram os estados com maiores proporções de idosos divergindo do estado do Amapá com menor percentual (IBGE, 2018).

O rápido processo de envelhecimento enfrentado pelo Brasil gera efeitos nas suas políticas públicas em 3 principais pilares: reforma na seguridade social, política nacional do idoso e política de cuidados a longo prazo (NEUMANN; ALBERT, 2018).

Com esse importante aumento da população idosa no Brasil, cresce também o interesse sobre os cuidados prestados a estes indivíduos, seja durante a hospitalização ou no fim da vida (IBGE, 2019).

#### **4.2 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)**

As DCNTs são um conjunto de condições de diferentes causas que não são resolvidas a curto prazo, tendo sua duração indefinida levando ao comprometimento a qualidade de vida dos seus portadores, com altas taxas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2013). As DCNTs por exemplo: doenças cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no mundo, cerca de 41 milhões de indivíduos (WHO, 2018), sobretudo as doenças cardiovasculares (OPAS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (2018) destaca que 15 milhões de mortes por doenças crônicas ocorrem prematuramente, entre idades de 30 e 70 anos, em virtude dos fatores de risco como: poluição do ar, dieta não saudável, uso tabaco, álcool e inatividade física. Destes óbitos, a maioria ocorrem em países que estão em desenvolvimento, com menor acesso aos serviços de saúde, como a promoção e prevenção de saúde, estando mais expostas aos riscos.

O envelhecimento não está necessariamente relacionado a incapacidades, doenças e doenças crônicas degenerativas embora elas sejam frequentemente encontradas em indivíduos idosos (CHAIMOWICZ, 1998). O número de internações causadas por doenças crônicas são muito altas e relacionam-se a causas de amputações, comprometimentos neurológicos e perda de mobilidade (BRASIL, 2013). Os idosos em todo o mundo enfrentam problemas de saúde e a maioria deles estão associados a doenças crônicas, principalmente as não transmissíveis (WHO, 2015). A maioria dos óbitos no mundo desenvolvido se dá em pacientes idosos que são acometidos por múltiplas doenças crônicas não transmissíveis (HENNEMANN-KRAUSE, 2012).

A medida que cresce o número de idosos aumenta também a procura por serviços de saúde, gerando mais custos, implicando na qualidade do serviço e gerando novas demandas assistenciais (VERAS; OLIVEIRA, 2016). Segundo Malta et al (2017) as pessoas portadoras de DCNT utilizam mais os serviços de saúde e deixam com maior frequência de realizar suas atividades por conta da doença. Para Veras e Oliveira (2018) os idosos são os que mais utilizam o sistema de saúde, se internam com maior frequência e permanecem nos leitos hospitalares por mais

tempo, devido as doenças crônicas que acompanham essa faixa etária, necessitando de cuidados constantes.

A grande incidência das doenças crônicas na população, levam os pacientes a se acumularem nos hospitais e receberem muitas vezes cuidados inadequados e desnecessários ignorando o sofrimento humano. Em determinado estágio de evolução da doença crônica, embora os cuidados prestados sejam adequados, o paciente sem possibilidades de cura entra em um processo de morte e os cuidados paliativos se fazem necessários para garantir a qualidade de vida do indivíduo nessa fase. Desse modo, os cuidados paliativos são imprescindíveis, focando o cuidado na pessoa e não na doença (NICKEL et al., 2016).

#### **4.3 Falências orgânicas**

O envelhecimento humano é um importante fator de risco para várias alterações nos sistemas musculoesqueléticos, neurodegenerativos e metabólicos (WEINKOVE; GOLJANEK-WHYSALL, 2017). A velhice, última fase do ciclo da vida (NERI, 2008), é marcada por inúmeras transformações, distúrbios, incapacidade e fragilidade (SIKORA; RATTAN, 2017). As alterações fisiológicas do envelhecimento muitas vezes agravadas pela presença de doenças crônicas degenerativas podem levar idosos com idades mais avançadas a apresentar estados de saúde complexos, caracterizados como síndromes geriátricas (FRIED, 2016). Nas doenças crônicas que frequentemente acompanham estes indivíduos, este processo pode ocorrer lentamente, com inúmeros prejuízos levando a múltiplas falências orgânicas (BURLÁ, 2006).

A síndrome da disfunção de múltiplos de órgãos também chamada de Síndrome de falência de múltiplos órgãos (SFMO) é uma das síndromes mais comuns em doenças críticas e se apresenta como a principal causa de morte entre os pacientes críticos (GOURD; NIKITAS, 2019). Ela é a consequência clínica de uma resposta inflamatória desregulada do organismo e a disfunção progressiva e cumulativa de dois ou mais órgãos. É uma manifestação que se desenvolve em decorrência de um processo inflamatório sistêmico do organismo podendo ocorrer por traumas, lesões isquêmicas, tóxicas, infecciosas ou inflamatórias, sendo importante causa de morbimortalidade em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (PINHEIRO et al., 1998). Com a evolução de uma doença em fase

avançada, o paciente entra em um quadro inevitável do processo de morrer e vários novos sintomas surgem comprometendo seu estado.

A primeira causa de morte em idosos são doenças cardiovasculares seguidas por doenças neoplásicas e respiratórias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é a segunda causa de morte no mundo e uma em cada seis mortes estão relacionados a doença. A Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer (IARC, sigla em inglês), estimou no ano de 2018 mais de 18 milhões de novos casos de câncer no mundo, sendo que 9,6 milhões de pessoas morreram devido a doença. Novas projeções para 2040 de incidência de 29,5 milhões de novos casos de câncer (IARC, 2018). Entretanto, já se evidencia que as doenças neurológicas, principalmente as demências, são importantes causas de incapacidade e dependência no mundo, podendo atingir 82 milhões em 2030 e 152 milhões de idosos em 2050, além de ser uma causa importante de mortalidade em idosos com 80 anos ou mais (CABRERA et al., 2007, WHO, 2019).

#### **4.4 Cuidados paliativos**

Os Cuidados Paliativos (CP) advém historicamente da palavra *hospice*, que deriva do latim e significa hospedar (SBGG, 2015). O relato mais antigo de *Hospice* remete-se ao século V, onde eram utilizados como abrigos para receber e cuidar de viajantes que disseminavam o cristianismo pela Europa (FAINSINGER et al., 1998 apud ANCP, 2012).

O movimento *hospice* moderno deu origem aos Cuidados Paliativos que se desenvolveram no final da década de 1960 pela enfermeira, assistente social e médica Dame Cicely Saunders, na Inglaterra. Em 1967, ela fundou o Saint Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor, sofrimento psicológico e aos cuidados de familiares (PY et al., 2010).

Nos Estados Unidos da América (EUA) em 1970 o movimento *hospice* moderno também ganha forças liderado pela americana Elisabeth Klüber-Ross (MATSUMOTO, 2012). O termo "Cuidados Paliativos" foi usado pela primeira vez em 1974 por um médico canadense chamado Balfour Mound, já que o termo

Hospice não era mais adequado para descrever os cuidados no fim da vida (FERRIS, 2002).

O termo “paliativo” deriva do latim *Pallium*, que designa o manto ou cobertor que os cavaleiros usavam para se proteger (ANCP, 2017).

A definição de cuidados paliativos ganha novos “olhares” e amplia seu significado daquela defendido por Cicely Saunders, e em 1990 a Organização Mundial da Saúde (OMS) define pela primeira vez Cuidados Paliativos atualizando sua definição em 2002 e em 2014:

Uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sócio familiares e espirituais (p.13-17).

Em 2018 a definição de cuidados paliativos foi reformulada pela Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais (IAHPC):

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (p.1).

Os princípios dos CP tem como propósito: aliviar a dor e outros sintomas desagradáveis, reafirmar a vida e considerar a morte um processo natural, não adiantar nem postergar a morte, integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado ao paciente, possibilitar que o paciente viva tão ativamente até o momento de sua morte, oferecer abordagem multidisciplinar para atender as necessidades do paciente e familiares e suporte aos familiares durante a doença e no luto, iniciar os CP o mais precocemente possível e melhorar a qualidade de vida (WHO, 2002).

No Brasil os cuidados paliativos começaram a ser discutidos nos anos 70, mas só a partir dos anos 90 começaram surgir os primeiros serviços para este cuidado (ANCP, 2017). Na década de 1980 e a partir do ano de 2000 os cuidados paliativos tiveram um crescimento expressivo com a criação de novos serviços e

consolidação dos já existentes (ANCP,2012). Segundo Alves et al(2019), ainda não existe clareza no país quanto ao número de instituições que trabalham com os cuidados paliativos. Atualmente o Brasil conta com 177 serviços de cuidados paliativos, a maioria centrados na região sudeste (ANCP, 2018). Embora estes serviços tenham crescido no país, ainda são poucos os serviços de cuidados paliativos de qualidade e que se baseiam em critérios científicos (ANCP,2018).

No passado os Cuidados Paliativos eram cuidados ofertados a pacientes não responsivos à terapia curativa. Hoje em dia, cuidados paliativos é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, prevenindo o aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento a dor física, emocional, social e espiritual (WHO, 2002). Cuidados paliativos são os cuidados ofertados a todas as pessoas que possuem doenças ameaçadoras da continuidade da vida, seja ela em qualquer idade, diagnóstico e fase da doença, visando melhorar a qualidade de vida dos doentes e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento(INCA, 2018;SBGG, 2015;WHO, 2017).

O CP é uma terapêutica abrangente que pode ser inserida em muitas circunstâncias no cuidado na área da saúde independentemente da especialidade abordada (MOINE et al.,2018).Estão frequentemente associados com a oncologia e neoplasias, mas são cuidados ofertados a outras doenças crônico degenerativas como o Parkinson, insuficiências renal, cardíaca e pulmonar e as demências que expõem os pacientes a situações de terminalidade (NICKEL et al., 2016). Os cuidados no fim da vida devem ser destinados não apenas a pessoas com doenças terminais, mas também a pacientes com doenças crônicas graves, múltiplos problemas crônicos com ameaças de exacerbações súbitas e idosos frágeis (LUNNEY et al., 2003).

Este cuidado deve ser iniciado no começo da doença ativa, quando a mesma apresenta ameaça a vida e cuja progressão não pode ser reversível, mesmo sendo oferecidas propostas e tratamentos para prolongar a vida (RIGO & SANTOS, 2012).Saber reconhecer os pacientes com falências orgânicas e seus sintomas é fundamental na prestação dos cuidados paliativos (ARAUJO et al., 2017).

Em 2011 mais de 29 milhões de pessoas no mundo morreram de doenças que exigiam cuidados paliativos. A estimativa de pessoas que necessitam de CP no

fim da vida é de 20,4 milhões, sendo que destes 94% são adultos dos quais 64% são idosos com mais de 60 anos, 25% com idades de 15 a 59 anos e 6% representam crianças (OMS, 2014).

No mundo, cerca de um terço das pessoas que carecem de cuidados paliativos tem câncer. As outras apresentam doenças crônicas que ameaçam a continuidade da vida ou doenças com características progressivas como HIV e tuberculose ou que afetam órgãos como: cérebro, coração, fígado, pulmão e rins (OMS, 2014).

Segundo Horton (2018) os cuidados paliativos e o alívio do sofrimento humano são os aspectos mais negligenciados na saúde globalmente. Apenas 20 países no mundo apresentam os cuidados paliativos bem estabelecidos em seu sistema de saúde. Em 2011, 3 milhões de pacientes receberam estes cuidados, a maioria em países de alta renda, sendo que aproximadamente 80% da necessidade desses cuidados são em países de baixa e média renda (WHO, 2014). Nas próximas 4 décadas o número de pessoas que morrerão com a necessidade de cuidados paliativos deverá duplicar. Estimativas mundiais indicam que 48 milhões de pessoas até o ano de 2060 devem morrer de doenças graves e com sofrimento relacionado à saúde em comparação com 26 milhões de pessoas em 2016, tendo este número aumentado rapidamente entre as pessoas acima de 70 anos de idade (SLEEMAN et al., 2019).

Conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2017): “Cuidados Paliativos diminuem os custos dos serviços de saúde e trazem enormes benefícios aos pacientes e seus familiares”.

#### **4.5 Capacidade funcional**

O conceito de capacidade funcional é amplo. A capacidade funcional pode ser definida como a aptidão que o indivíduo apresenta em realizar as atividades do seu cotidiano de forma autônoma, assegurando a possibilidade de viver sozinho (RABELLATO; MORELLI, 2004). De acordo com Fiedler e Peres (2008), a capacidade funcional pode ser entendida como o potencial que a pessoa possui para decidir e atuar em sua própria vida de forma independente no dia a dia.

A capacidade física é uma importante medida para intervenção e reabilitação e pode ser utilizada tanto nos cuidados gerais em saúde como em cuidados

paliativos (ANCP, 2012). De acordo com Matshumoto (2012) uma boa avaliação do paciente em cuidados paliativos associada a avaliação da capacidade funcional e os exames apropriados são essenciais para a construção de um plano integral de cuidado. Segundo Arantes (2012), uma das ferramentas que podem ser utilizadas na avaliação do prognóstico do paciente está relacionada a capacidade funcional. Embora o envelhecimento não esteja relacionado com doenças e incapacidades, as doenças crônicas são frequentemente encontradas nos idosos, e isto relaciona-se com maior incapacidade funcional nestes indivíduos (ALVES et al., 2007). O comprometimento da capacidade funcional reflete nas atividades diárias do idoso, uma vez que se torna incapaz de realizá-las de forma independente, necessitando de cuidados especiais (ANCP, 2012). O declínio da capacidade física também é uma consequência inevitável do câncer progressivo, aumentando o risco de problemas psicológicos e a dependência afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (HELBOSTAD et al., 2009). Manter a funcionalidade de idosos em cuidados paliativos reflete na sua qualidade de vida (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018).

A utilização de instrumentos que avaliam a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes podem ser uma maneira de se observar a saúde do indivíduo, obtendo indicadores para a aplicação precoce de intervenções terapêuticas a fim de promover a saúde e qualidade de vida (BERNARDO, 2012).

Existem algumas escalas que avaliam os indivíduos no âmbito da funcionalidade e a performance física em CP e outras escalas que avaliam a qualidade de vida dos pacientes, de modo que possuam em seus domínios indicadores que avaliam a funcionalidade como parte integrante da atenção biopsicossocial (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018). Conforme o estudo de Sanvezzo, Montandon e Esteves (2018), as escalas mais utilizadas para avaliar a funcionalidade e o desempenho físico de pacientes em CP são: Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Escala de Performance Paliativa (PPS), Índice de Katz e Índice de Lawton, Rapid Disability Rating Scale (RDRS), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Functional Independence Measure (FIM) ou Medida de Independência Funcional (MIF), Sickness Impact Profile (SIP), Timed Up and Go (TUG) e Short-Form Health Survey (SF-36). Já as escalas que avaliam a qualidade de vida são: European Organization for

Research and Treatment of Cancer Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) e InterRAI Palliative Care (RAI-PC), Edmonton Symptom Assessment (ESAS), Memorial Symptom Assessment e McGill Quality of Life Questionnaire (MQoL), Avaliação Geriátrica Ampliada, WHOQOL-old, a End-of-Life in Dementiascales-Comfort Assessment in Dying (EOLDCAD) e Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW).

Independente da modalidade de atendimento, a avaliação do paciente é um instrumento valioso que possibilita compreender quem é o doente, identifica as necessidades e as dificuldades por ele encontradas além de observar a cronologia da doença, as modalidades de tratamentos realizados e o prognóstico. Avaliar a capacidade funcional do indivíduo em cuidados paliativos é extremamente importante para acompanhar a evolução da doença, para que a equipe de saúde proponha intervenções, defina prognósticos e previna o comprometimento da capacidade funcional (MACIEL, 2012).

Segundo Maciel (2012), os serviços de cuidados paliativos costumam usar as escalas: Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Escala de Performance Paliativa (PPS) e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) na qual avaliam a funcionalidade e os sintomas dos indivíduos na prática clínica respectivamente.

A Escala de Performance de Karnofsky (KPS) foi criada em 1940 por David Karnofsky e Joseph Burchenal e é utilizada a anos para avaliar o desempenho da capacidade funcional dos pacientes oncológicos através da capacidade física em realizar determinadas atividades diárias, com 11 estágios, abrangendo uma pontuação de 0% (morte) a 100% (sem doença e sintoma) (PÉUS et al, 2013; TIMMERMANN, 2013). Pacientes que apresentam uma escala inferior a 70% na KPS tem indicação precoce de assistência em cuidados paliativos e pacientes com performance de 50% apresentam um indicador de terminalidade, confirmando que estes pacientes são elegíveis para cuidados paliativos (ARANTES, 2012).

A Escala de Performance Paliativa (PPS) foi criada em 1996 no Canadá, baseada na KPS e avalia o desempenho funcional de pacientes em cuidados paliativos em cinco domínios: nível de consciência, deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, e ingestão alimentar. A escala possui 11 níveis

de performance que varia de 0 a 100 e deve ser utilizada todos os dias em pacientes internados, nas consultas em ambulatórios e atendimentos domiciliares (WENG et al.,2009). A PPS é uma escala que tem sido usada para a tomada de decisões em CP, mostrando ter um valor prognóstico auxiliando a equipe de saúde na compreensão da evolução da doença dos pacientes internados (MACIEL, 2012).

A Escala PalliativeCareScreening Tool (PCST), é um instrumento recomendado pelo Center toAdvancePalliativeCare, que além de avaliara funcionalidade do paciente em cuidados paliativos, avalia a presença de doenças avançadas, e outras condições que possam dar indicação de CP. A pontuação desta escala mostra: até 2 pontos (sem indicação de cuidados paliativos), 3 pontos (observação clínica), igual ou maior que 4 pontos (considerar cuidados paliativos) (MARCUCCI et al.,2016; LUCCHETI et al.,2009).

A Escala de Performance Status deZubrot- EOCT foi publicada em 1960 e é usada para avaliar a capacidade funcional do paciente em cuidados paliativos.Ela também pode ser conhecida como Escala de PS da OMS (Organização Mundial da Saúde) ou do ECOG (EuropeanCooperativeOncologyGroup). É uma escala mais simples que a KPS. A pontuação desta escala descreve: PS 0 (Atividade normal), PS1 (Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal), PS2 (Fora do leito mais de 50% do tempo), PS3 (No leito mais de 50%,carente de cuidados mais intensivos), PS4 (Restrito ao leito) (TIMMERMANN, 2013).

O índice de KATZ ou índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), foi criado em 1963 por Sidney Katz no qual avalia a atividades básicas de vida diária do indivíduo para determinar sua capacidade funcional em seis quesitos: ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se, ter continência, alimenta-se e transferir-se. O comprometimento da capacidade do indivíduo inicia-se em tarefas mais complexas para as mais básicas como: tomar banho e por último alimentar-se. Como existem várias classificações para o resultado da escala desde 1963, o resultado irá depender da escolha do aplicador, visto que quanto pior o desempenho na avaliação mais o entrevistado necessita de cuidados (INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

O Índice de Lawton ou também conhecido como “Escala de atividades Instrumentais de vida diária” foi criado em 1969 por Lawton e Brody que propunham

avaliar as tarefas mais complexas do que as atividades básicas de vida diária. Sua pontuação é de 27 pontos (máxima) e 9(mínima) e avalia o desempenho em realizar atividades de maneira independente, com dependência parcial, ou dependência como: cuidar das finanças, usar transporte, preparar as refeições, realizar serviços domésticos, usar o telefone, fazer compras, tomar os medicamentos, lavar e passar roupa. Quanto maior a pontuação, mais independente o indivíduo (INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA,2015).

Embora a de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) não seja um instrumento que avalia a funcionalidade do paciente ela é muito importante na prática clínica. Foi construída em 1991, na Unidade de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos do Hospital Geral de Edmonton, no Canadá para auxiliar na monitorização e no controle dos sintomas dos pacientes com câncer em cuidados paliativos. É uma escala simples e fácil de ser preenchida pelos pacientes. Na sua primeira versão, a escala avaliava 8 sintomas físicos e psicológicos como: dor, náusea, ansiedade, depressão, apetite, atividade, sonolência e bem-estar, e posteriormente foi incluído a falta de ar. Em 2010 ela sofreu algumas modificações para facilitar o entendimento dos pacientes, sendo nomeada de ESAS-r. Esta nova versão avalia 9 sintomas nos pacientes em CP e sofreu alteração na sua estrutura e ordem, nas definições de terminologia e no tempo especificado da avaliação dos sintomas (MONTEIRO; ALMEIDA; KRUSE, 2013).

#### **4.6 Idoso em cuidados paliativos**

A Organização Mundial da Saúde (2002) classifica o idoso em decorrência do nível sócio-econômico de cada nação. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se idoso aquele com 60 anos ou mais de idade, enquanto nos países já desenvolvidos, classifica-se idoso aquele com 65 anos ou mais de idade. De acordo com Neri (2008), o idoso são indivíduos ou populações que podem ser assim categorizados em relação ao tempo do seu ciclo vital.

A medicina paliativa e a geriatria compartilham muito em comum, uma vez que ambas buscam melhorar a função e a otimização da qualidade de vida do indivíduo com doenças avançadas e sua família (KAPO; MORRISON; LIAO,2007). Com o aumento da expectativa de vida dos idosos prevalece-se nesta população avanço das doenças crônico não transmissíveis como: câncer, doenças

cardiovasculares, doenças neurodegenerativas e osteoarticulares que acarretam em incapacidades que comprometem a autonomia, a capacidade funcional e levam estes indivíduos a apresentar alto grau de dependência nas atividades de vida diária (BURLA; PY, 2014).

Segundo Rigo e Santos (2012) os cuidados paliativos em geriatria:

É um conjunto de medidas adotado por toda equipe multiprofissional encarregada do cuidado ao idoso quando esse se apresenta com doença que ameaça a vida, tendo como objetivo o controle dos sintomas físicos e psíquicos que afligem o paciente, seus familiares e cuidadores, buscando um atendimento holístico (mente, físico e social) do conjunto idoso e família-cuidador, sempre almejando medidas que proporcionem o alívio do sofrimento de todos (p.6).

Nos últimos anos a abordagem paliativa a doenças crônicas avançadas e necessidade de atendimento complexo tornou-se melhor aceita e provou ser essencial para estes pacientes (CRUZ-OLIVER,2017). Segundo Othero (2015), os idosos representam 84% da assistência em 68 serviços brasileiros de cuidados paliativos. Os idosos com condições de fragilidade intensa, sem um diagnóstico específico tornam-se um contingente de indivíduos importantes para a indicação para os cuidados paliativos para que possa ser alcançado a condição de bem-estar global.A Síndrome da Fragilidade nestes indivíduos quando revelando perda de peso sem causa aparente de 10% ao longo de um período de 6 meses ou índice de massa corporal (IMC) abaixo de 22% são indicadores para CP (ARANTES,2012).

Esta nova mudança no cenário de assistência em cuidados paliativos no Brasil terá que acompanhar as necessidades e características específicas desta população e deverá ser iniciado em qualquer fase da trajetória da doença crônica e não apenas na fase final. Os cuidados paliativos devem estar integrados ao manejo das doenças crônicas (WHO,2011).Em decorrência da nova tendência demográfica, a parcela de indivíduos idosos que necessitam de cuidados paliativos deverá ser cada vez maior (COSTA et al., 2016).

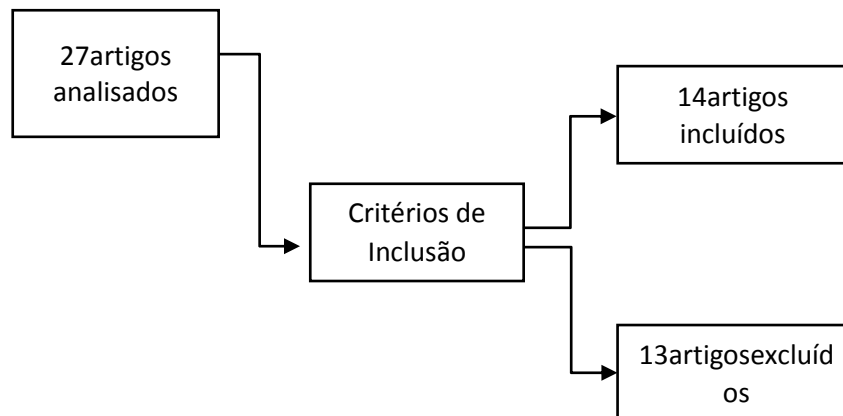
O CP no idoso exige competências e abordagens especializadas da equipe interdisciplinar como: a correta abordagem das síndromes geriátricas e a experiência no diagnóstico, o controle dos sintomas das doenças de longa duração (demências,

doença de Parkinson e síndrome da fragilidade) e uma atenção precisa e rigorosa. Como o controle das doenças crônicas é complexo e enigmático, os CP devem se basear na necessidade dos pacientes e suas famílias e não apenas no diagnóstico ou prognóstico (CÁRDENAS, 2015; CRUZ-OLIVER,2017).Esses cuidados direcionados aos idosos devem exigir mais conhecimentos e ações pautadas em princípios bioéticos dos CP como: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça,em virtude das especificidades e por esta população se apresentar mais fragilizada em nossa sociedade, para que seja garantido um final de vida natural, com conforto físico, emocional e espiritual (COSTA et al., 2016).

Segundo a World Health Organization (2011) a promoção da saúde e a conscientização pública desempenham um papel chave no cuidado ao final da vida de idosos.

## 5 RESULTADOS

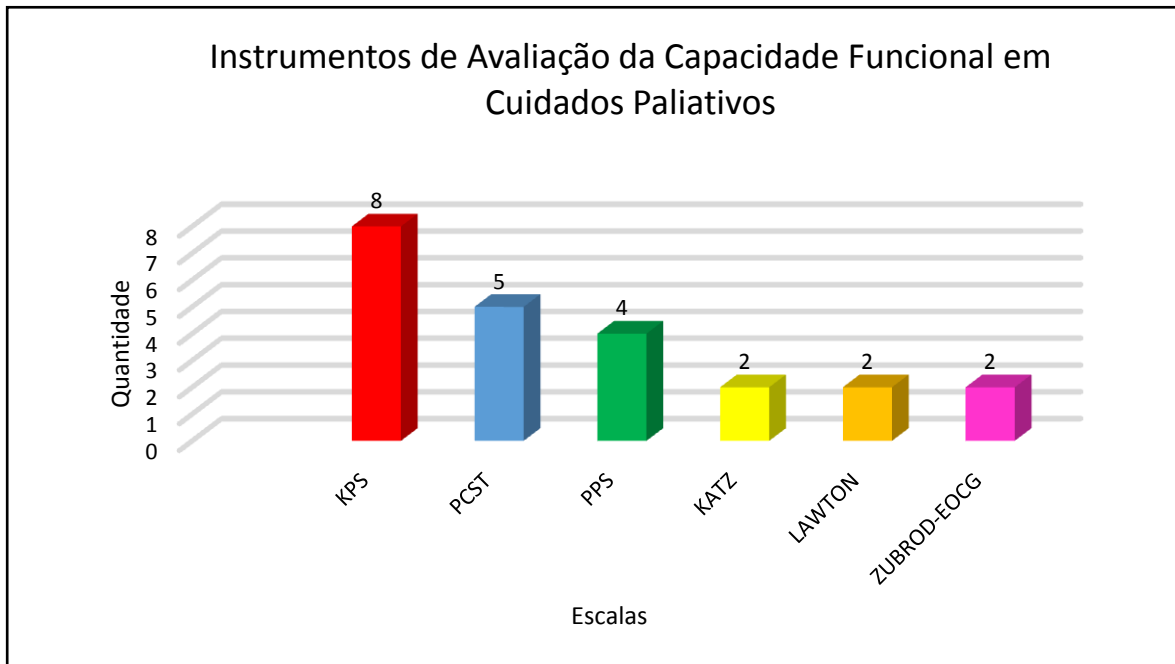
Foram encontrados 27 artigos, onde 14 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão (Fluxograma 1).



**Fluxograma 1:** Fluxograma da seleção de artigos analisados, incluídos e excluídos neste trabalho.

Foram encontrados 8 artigos sobre a Escala de Performance de Karnofsky (KPS), 5 sobre a Escala Palliative Care Screening Tool (PCST), 4 sobre a Escala de Performance Paliativa (PPS), 2 sobre índice de Katz, 2 sobre Índice de Lawton e 2 sobre Escala de Zubrod-EOCG. Destes, 07 artigos analisaram mais de uma escala. (Gráfico 1).

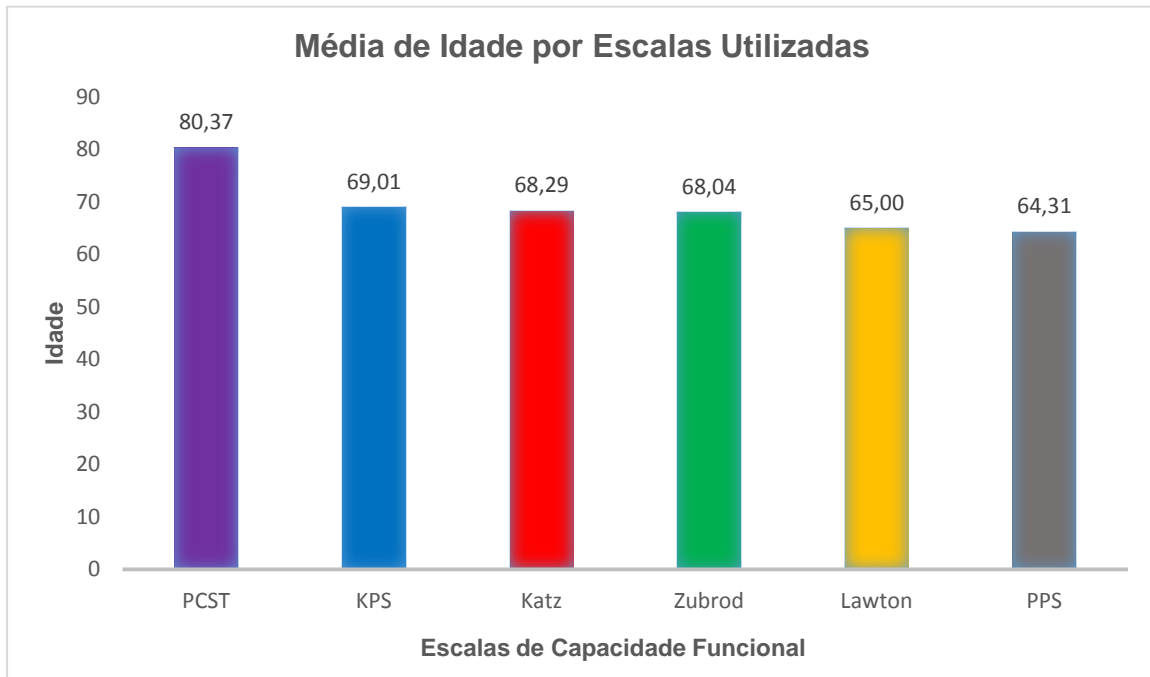
**Gráfico 1 Distribuição dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional em cuidados paliativos.**



Legenda: Escala PalliativeCareScreening Tool (PCST), Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Índice de Katz (Katz), Escala de Zubrod-EOCG (Zubrod), Índice de Lawton (Lawton), Escala de Performance Paliativa (PPS).

No Gráfico 2 é apresentado a média de idade dos indivíduos por escalas analisadas nesta revisão.

**Gráfico 2: Média de idade dos indivíduos avaliados pelas escalas de capacidade funcional.**



Legenda: Escala PalliativeCareScreening Tool (PCST), Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Índice de Katz (Katz), Escala de Zubrod-EOCG (Zubrod), Índice de Lawton (Lawton), Escala de Performance Paliativa (PPS).

Como mencionado anteriormente foram analisados e incluídos 14 artigos para esta revisão. A relação dos artigos analisados com título, objetivo, metodologia e resultados apresentam-se no quadro 2.

**Quadro 2 -Relação dos artigos analisados no trabalho.**

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
1	CABIANCA et al./ 2017.	Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa.	Comparar a diminuição da capacidade física do paciente com o número de sintomas e identificar o tempo certo para iniciar os cuidados paliativos.	Foi realizado um estudo de coorte em uma enfermaria de clínica médica com busca ativa por pacientes que necessitariam de assistência paliativa, aplicando a Escala de Performance de Karnofsky(KPS) e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton(ESAS). Foram avaliados 98 pacientes, com, no mínimo, 48 horas de internação, no período de 22 a 31 de julho de 2015.	Dos 98 pacientes do estudo,58% apresentavam idade superior a 65 anos. Quanto maior o grau de independência, maior a quantidade de sintomas e mais expressivas foram as queixas. 21% dos pacientes apresentaram KPS de 100% (sem sinais ou queixas e sem evidência de doenças) e > 5 sintomas de graduação alta. Na KPS de 70% (cuida de si mesmo, porém não é capaz de trabalhar) 16% eram acometidos por > 5 sintomas de graus intensos. E na KPS de 30% (extremamente incapacitado, necessitando de hospitalização, mas sem iminência de morte) apresentavam quantidade inferior a 5 sintomas.
2	SOUZA;SIMÃO, LIMA/ 2012	Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte.	Verificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos em cuidados paliativos na cidade de Belo Horizonte.	Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um ambulatório de quimioterapia. Foram avaliados 70 pacientes oncológicos em tratamento paliativo e utilizados os instrumentos: formulário elaborado pelos pesquisadores e escala de performance paliativa (PPS) e o Índice de Experiência de Sintomas Symptom Experience Index (SEI), versão em português.	A grande maioria apresentavam média de idade de 56 anos, e prevalência do sexo feminino, baixa escolaridade e renda. A capacidade funcional foi mensurada pela escala PPS. Foi encontrado que a maior parcela das pessoas (70%) apresentava boa capacidade funcional, com pouco ou nenhum prejuízo da capacidade funcional para a realização das ABVDs e AIVDs.

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
3	SILVA et al/ 2010	Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.	Identificar como a influência nutricional e o controle dos sintomas interferem na qualidade de vida dos pacientes oncológicos no Hospital Erasto Gaertner no Paraná.	Foram utilizados 3 questionários: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C15-PAL), questionário de aspectos socioeconômicos e anamneses alimentar e a Escala de Zubrod (EOCG).	Foi observado no estudo a prevalência do sexo feminino (58%) com idade média de 64,5 variando de 21 a 91 anos. Na EOCG os pacientes foram classificados de acordo com a Performance status PS no primeiro atendimento: 48% PS3 e 14% PS1. No retorno a consulta: 32% PS3 e 28% PS1. Houve redução no número de pacientes classificados com PS3 e aumento daqueles com PS1. De acordo com o trabalho a melhora dos sintomas interfere diretamente na capacidade funcional do paciente beneficiando sua qualidade de vida.
4	CASTOR et al/2019	Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos.	Pesquisar o perfil epidemiológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.	Foi realizado estudo longitudinal, prospectivo, observacional e quantitativo, sendo entrevistados 100 pacientes com câncer em cuidados paliativos, no Hospital do Câncer Aldenora Bello em São Luís-MA utilizando-se as escalas: índice de Karnofsky (KPS), a Escala de Performance Paliativa (PPS) e a Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).	O predomínio de idade no estudo foi de 51 a 60 anos (34%), a maioria do sexo feminino, ensino fundamental incompleto.  Em relação à capacidade funcional, 52% possuíam entre 70 e 90% na KPS; 62% entre 80 e 90% na PPS. Estes dados obtidos na KPS e PPS mostram que o cuidados paliativo não é sinônimo de terminalidade ou fim da vida.

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
5	QUEIROZ et al/2018	Associação entre Sarcopenia, Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos.	Pesquisar o predomínio de sarcopenia e sua relação com estado nutricional e qualidade de vida em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.	Estudo transversal com 210 indivíduos com câncer em fase avançada, com idade superior a 20 anos em seu primeiro atendimento na unidade de Cuidados Paliativos no Rio de Janeiro. Foi utilizada a escala Karnofsky performance status (KPS) para avaliar a capacidade funcional, a qualidade de vida (QLQ-C15-PAL), avaliação subjetiva global produzida pelo paciente e exames laboratoriais.	A média de idade 60,6 ( $\pm$ 13,4) anos, predomínio do sexo feminino e baixa capacidade funcional. Aproximadamente três quartos dos pacientes possuíam capacidade funcional reduzida (KPS<50%). Indivíduos sarcopênicos possuíam funcionalidade prejudicada. O comprometimento físico, mostrando que a baixa força e a perda de massa muscular levam a uma deterioração da função física e autonomia, observada na dificuldade em realizar atividades de vida diárias. A sarcopenia pode potencializar o comprometimento funcional em indivíduos com câncer avançado
6	MARCUCCI, et al/2018	Capacidade funcional de pacientes com indicação de cuidados paliativos na atenção primária	Apresentar os dados referentes a funcionalidade e os sintomas dos indivíduos com indicação de cuidados paliativos na atenção primária.	Foi realizado um estudo transversal e descritivo em 3 unidades básicas de saúde em Londrina- PR, com 6 equipes de saúde, para avaliar pacientes com indicação de cuidados paliativos. Os instrumentos para a avaliação utilizados foram: Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e por questionário sociodemográfico e clínico.	Foram avaliados 73 pacientes com idade média de 77,2 anos com predomínio do sexo feminino (59%). A média geral no KPS foi de $47,9 \pm 13,9$ pontos, sendo $44 \pm 11,3$ para homens e $51 \pm 11,3$ para mulheres, ou seja as mulheres apresentaram maior grau de funcionalidade que os homens. Pacientes com câncer tiveram melhor grau de funcionalidade do que pacientes com doenças cerebrovasculares, quadros demenciais e outras doenças neurológicas. As doenças crônicas afetam a capacidade funcional de forma significativa interferindo na independência e autonomia.

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
7	MARTIS,V.M./2015	Características Funcionais dos Pacientes em Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde	Caracterizar as características funcionais dos indivíduos com indicação para Cuidados Paliativos na atenção primária.	Foi realizado um estudo de caráter transversal e descritivo. Foi aplicado a Escala de Edmonton (ESAS) para avaliar os sintomas e a KPS para avaliar a funcionalidade dos pacientes.	Foram avaliados 73 pacientes com idade em torno de 85 anos e predomínio do sexo feminino. Foi utilizada a Escala de Edmonton e a KPS. Foi encontrada correlação positiva da Karnofsky com os sintomas de dor, cansaço, falta de ar e com a capacidade limitada de realizar auto-cuidados. Quanto maior o comprometimento funcional, maior a intensidade dos sintomas e capacidade limitada de realizar auto-cuidados.
8	AZEVEDO et al/2017	Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos	Observar a relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pacientes elegíveis para cuidados paliativos atendidos na Atenção Primária em Minas Gerais.	Estudo transversal correlacional, realizado com pacientes atendidos em seis unidades da atenção primária à saúde. Foi aplicada a Escala de Performance de Karnofsky (KPS), a EORTC QLQ-C15-PAL, e a Escala Medical OutcomeStudy (MOS).	Participaram da pesquisa 115 pacientes, média de idade de 68 anos e baixa escolaridade. Foi identificado que quanto maior o apoio social maior a qualidade de vida global e funcional.
9	GAYOSO et al/2018	Avaliação do nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos.	Analisar a combinação entre o nível de conforto do cuidador e variáveis sociodemográficas do cuidado realizado, com avaliação do estado funcional e sintomas do paciente.	Estudo transversal com amostragem não probabilística, de tipo intencional. Utilizaram-se os instrumentos <i>Palliative Performance Scale</i> (PPS), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)e Questionário de Conforto Holístico - cuidador	A escala de funcionalidade, avaliada por meio do PPS, demonstrou que a maioria dos cuidadores classificou os pacientes com 50 a 70% da funcionalidade preservada em 25 casos (50%), seguidos de 80 a 100% em 14 casos (28%) e de 0 a 40% em 11 casos (22%). A funcionalidade máxima encontrada foi de 100% e a mínima de 20%, com uma mediana de 60%. Quanto maior for a preservação da funcionalidade do paciente maior é o conforto do cuidador

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
10	MARCUCCI et al/2016	Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório.	Verificar os pacientes com indicação de cuidados paliativos, descrever as características clínicas e demográficas e quantificar o número de pacientes no território da Unidade Básica de Saúde (UBS).	Trata-se de um estudo exploratório transversal em uma UBS no Paraná. Os pacientes foram avaliados através de um questionário, Escala de Performance de Karnofsky (KPS) e PalliativeCareScreeningToll (PCST).	Participaram da pesquisa 24 indivíduos com média de idade de 76,3 anos, com predomínio do sexo feminino. Os indivíduos apresentam uma média de 43,3 pontos na KPS e 20 indivíduos tinham KPS igual ou menor que 50. Na PCST a média foi de 7 o que permitiu a inclusão de indivíduos com maior capacidade funcional, mas com fatores relacionados com prognóstico limitado em curto e médio prazo, e que seriam excluídos se fossem avaliados somente pela KPS.
11	LUCCHETTI et al/2009	Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência.	Verificar a indicação de pacientes idosos para cuidados paliativos após aplicação da escala PalliativeCareScreening Tool (PCST).	Realizou-se um estudo transversal no Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II. Foram avaliados pacientes com idade igual ou acima de 60 anos e aplicado a escala de triagem PalliativeCareScreening Tool (PCST).	Foram selecionados 276 pacientes sendo que 57% eram do sexo feminino e 43% do masculino com idade média de 86,46 anos. A PCST apresentou escore de 4 pontos ou mais (considerar cuidados paliativos) em 239 pacientes, 3 pontos em 11pacientes e escore menor ou igual a 2 em 26 indivíduos.
12	QUEIROZ et al/2014	Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características.	Verificar a prevalência de úlceras por pressão em cuidados paliativos domiciliares, comparar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com ou sem úlcera e apresentar as características das úlceras nessa população.	Realizou-se um estudo descritivo, transversal e quantitativo. A funcionalidade foi avaliada por três instrumentos: KPS, índice de Katz, e Escala de Lawton	Foram avaliados 64 indivíduos com câncer avançado com predomínio do sexo masculino, 1/3 dos participantes tinham mais que 70 anos. A totalidade dos participantes da presente investigação era dependente para as AVD e mais de 90%, para as AIVD. Entende-se no estudo que quanto melhor a funcionalidade para tais atividades, menor será o risco para UPP.

Artigo	Autor	Título	Objetivo	Metodologia	Resultados
13	AMÂNCIO et al/2016	Caracterização do perfil de mulheres idosas do município de Maringá-PR com necessidade de cuidados paliativos.	Identificar o perfil de idosas assistidas em domicílio e a escolha de cuidados paliativos para esta população.	Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal. Foram aplicadas as escalas Palliative Care Screening Tool (PCST), escala Palliative Performance Scale (PPS) e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).	Participaram do estudo 423 mulheres com média de idade de 76,95 ± 8,92 anos, a maioria de baixa escolaridade e mais da metade (54,1%) viúvas. A pontuação média na PCST foi de 5 pontos, sugerindo elegibilidade de cuidados paliativos.
14	PEREIRA; SANTOS, SARGES, 2014.	Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado	Analisar a capacidade funcional e o desempenho funcional de idosos com câncer.	Trata-se de um estudo descritivo e analítico transversal, com idosos com câncer em Belém, Estado do Pará, Brasil. Foram utilizadas as escalas: Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (PS-ECOG), a escala de Katz (ABVD), Escala de Lawton (AIVD).	Foram avaliados 94 idosos, média de idade de 71,57 anos, sendo que destes apenas 6,25% apresentavam diagnóstico fechado de câncer. A maioria dos idosos avaliados apresentou a capacidade funcional alterada devido a semidependências para as atividades básicas de vida diária.

**Legenda:** Escala Palliative Care Screening Tool (PCST), Escala de Performance de Karnofsky (KPS), Índice de Katz (Katz), Escala de Zubrod-EOCC (Zubrod), Índice de Lawton (Lawton), Escala de Performance Paliativa (PPS), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C15-PAL), Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), Escala Medical Outcome Study (MOS), Atividades de Vida Diária (AVD) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Úlceras por Pressão (UPP), Unidade Básica de Saúde (UBS), Índice de Experiência de Sintomas Symptom Experience Index (SEI).

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que a escala mais empregada para avaliação da capacidade funcional de indivíduos em cuidados paliativos no Brasil incluindo a população idosa, até a finalização desta revisão, foi a KPS seguida da PCST, PPS, Escala de Zubrod, Índice de Katz e Índice de Lawton.

Uma possível explicação para este resultado corresponde a fácil aplicabilidade da KPS, associada ao seu tempo de uso na prática clínica e tempo de validação, mostrando-se como uma escala confiável para pacientes em cuidados paliativos. O primeiro estudo que empregou esta escala no Brasil, foi publicado por Queiroz et al (2014) que avaliou uma amostra de 64 pacientes com câncer avançado em CP no domicílio e a presença de úlceras por pressão. A média de idade dos participantes foi de 77,7 anos, para a avaliação da capacidade funcional foi empregada a KPS, Índice de Katz e Escala de Lawton, sendo verificado que a maioria dos pacientes com úlceras por pressão apresentavam baixa capacidade funcional, KPS < 50% e a totalidade era dependente para AVD e mais de 90% dependente para AIVD.

A KPS também foi empregada nos estudos de Azevedo et al (2017) e Queiroz et al (2018), para avaliar a funcionalidade do indivíduo em cuidados paliativos. Ambos os estudos incluíram idosos na análise e a prevalência da amostra foi constituída por indivíduos do gênero feminino. No estudo de Azevedo et al (2017) 115 participantes com média de idade de 68 anos, baixa renda e escolaridade, foram submetidos à avaliação da capacidade funcional por meio da KPS devido a possibilidade de avaliar as consequências físicas e biológicas que podem ocorrer em indivíduos que recebem cuidados paliativos. Os autores verificaram por meio do instrumento que quanto maior o apoio social, melhores foram os níveis de capacidade funcional. Já no estudo de Querizo et al (2018), 210 indivíduos foram avaliados, com média de idade de 60 anos, predomínio do sexo feminino acometidos por tumores malignos em estágio avançado. A capacidade funcional foi avaliada pela escala KPS e foi observado neste estudo que a sarcopenia está associada ao pior quadro nutricional, o que pode piorar a funcionalidade do paciente.

Outro estudo que também utilizou a KPS para analisar a capacidade funcional foi de Castor et al (2019). Neste estudo foram avaliados 100 idosos com câncer em

cuidados paliativos com idade média de 51 a 60 anos, a maioria do sexo feminino (77%) e baixa escolaridade, sendo aplicadas as escalas de avaliação funcional: índice de Karnofsky(KPS), a Palliative Performance Scale (PPS). Mais da metade dos indivíduos apresentaram KPS de 70 e 90% e PPS entre 80 e 90%, mostrando que a capacidade indicada nas porcentagens em realizar o autocuidado, o desempenho das atividades de vida diária de forma autônoma e nível de consciência preservado indicam que CP não é sinônimo de terminalidade e fim da vida. A escolha dos autores pela escala KPS foi decorrente da maior empregabilidade por ser a escala mais utilizada para o prognóstico da terapia de câncer e por ser uma medida que avalia a capacidade do indivíduo em realizar as suas atividades, exibindo o progresso do paciente após alguma intervenção de cuidado, já a PPS é amplamente utilizada no CP pois acompanha a curva evolutiva da doença.

Para Cabianca et al (2017), que avaliaram 98 pacientes para identificar os que necessitariam de CP. A amostra foi composta por 19 pacientes sendo que 58% apresentavam idade superior a 65 anos, e a maioria era do sexo masculino (53%), sendo que a doença mais prevalente era a cardiovascular (100%). Foi observado através da KPS que, quanto maior o grau de independência dos pacientes, maior a quantidade de sintomas e queixas por eles apresentados avaliados pela ESAS.

A segunda escala mais empregada no Brasil foi a PCST conforme demonstrado nesta revisão de literatura. Martins (2015) utilizou a PTS para avaliar 73 pacientes, a maioria do sexo feminino (58,9%) e idade em torno dos 85 anos, com prevalência da doença de Alzheimer e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os indivíduos da atenção primária foram indicados para CP através da triagem pela escala PCST e avaliado o status funcional através da KPS. O estudo mostrou que quanto maior o comprometimento funcional, maior a intensidade de sintomas como: dor, falta de ar e autocuidado prejudicado.

Outro estudo que relata a aplicação da escala PCST foi de Marcucci et al(2018) cujos autores analisaram uma amostra de 73 pacientes para indicação de cuidados paliativos, sendo a maioria mulher (59%), com idade média de 77,2 anos e as comorbidades mais encontradas foram: demências (27%), sequelas de acidente vascular cerebral (26%), distúrbios osteomioarticulares (12%), doenças neurológicas (8%), cardiopatias (10%) e câncer (8%). Foi aplicado o instrumento PCST para

avaliar a indicação de cuidados paliativos e a KPS para a avaliação funcional, que observaram que as mulheres apresentaram grau de funcionalidade melhor que os homens. Em relação as doenças apresentadas, os pacientes com câncer tiveram melhor funcionalidade do que as doenças neurológicas, cerebrovasculares, cardiopatias e demências no KPS. Portanto as doenças crônicas sem possibilidade de cura interferem na funcionalidade, dependência e autonomia dos pacientes em cuidados paliativos.

Ainda em relação à Escala PalliativeCareScreening Tool (PCST), Lucchetti et al(2009) e Marcucci et al(2016) também utilizam a escala. No estudo de Lucchetti et al(2009) 276 pacientes foram avaliados em ILPI, sendo a maioria do sexo feminino (57%), com idade média de 81 anos, com prevalência de doenças cerebrovasculares, seguida de demência e imobilismo em CP. Para os autores a definição de cuidados paliativos para os pacientes atualmente apresenta-se como uma difícil tarefa na prática clínica e a PCST embora seja uma possibilidade que pode auxiliar a equipe de saúde a definir as condutas e abordagens com o paciente e sua família nos CP, em Instituição de Longa Permanência (ILPI) ela pode superestimar a necessidade de cuidados a estes indivíduos devido a sua alta sensibilidade, concluindo que novos estudos e a criação de novas escalas são necessários no contexto brasileiro, especificamente na população em ILPI. Na abordagem de Marcucci et al(2016) onde avaliaram 24 pacientes com idade média de 76 anos e a maioria do sexo feminino (54,2%), a PCST neste estudo possibilitou a inclusão de pacientes com maior capacidade funcional, mas que tinham fatores que limitavam o prognóstico a curto e médio prazo, que não seriam incluídos se fossem avaliados apenas pelo KPS.

A terceira escala mais empregada no Brasil foi a PPS conforme mencionado anteriormente. No estudo de Amâncio et al (2016) cujos autores avaliaram 423 mulheres com média de idade de  $76,95 \pm 8,92$  anos, a maioria de baixa escolaridade e mais da metade (54,1%) viúvas, as escalas utilizadas foram: PPS e PCST para avaliar a funcionalidade e indicação de cuidados paliativos. Segundo os autores a PPS pode ser empregada para várias finalidades, pois é uma ferramenta que permite descrever rapidamente o status funcional do paciente e também medir o declínio progressivo dos pacientes que se encontram em CP. O estudo mostrou que

a maioria das pacientes idosas que recebiam CP em casa apresentaram escore compatível para elegibilidade para receber este tipo de cuidado através da PCST.

A PPS foi utilizada em outros estudos para avaliar a funcionalidade, como no análise de Souza, Simão e Lima (2012) e Gayoso et al (2018). De acordo com Souza, Simão e Lima (2012) no qual avaliaram 70 pacientes submetidos a quimioterapia paliativa, a maioria do sexo feminino, com média de idade de 56 anos, baixa escolaridade e renda. A escolha da escala PPS ocorreu em virtude de ser uma escala específica para avaliar indivíduos com doenças que não apresentam possibilidade terapêutica de cura. A maioria dos indivíduos apresentou capacidade funcional estável, com pouco ou nenhum comprometimento das ABVD's e AIVD's. Além disso, os autores verificaram que nem sempre os pacientes em CP se encontram na fase terminal, o que foi exposto pela avaliação da capacidade funcional e que os CP devem ser englobado em todo o curso da doença. Já para Gayoso et al (2018) O resultado obtido através da PPS mostrou que quanto maior a funcionalidade do paciente maior o conforto do cuidador.

As escalas Zubrod, Katz e Lawton aparecem na análise do estudo empregadas na mesma proporção. De acordo com Silva et al (2010), onde foram avaliados 50 pacientes oncológicos, predomínio do sexo feminino e baixa renda. A avaliação funcional foi realizada pela Escala de Zubrod- EOCG e a qualidade de vida pela EORTC QLQ-C15-PALo indicando que a dor influencia na capacidade funcional do paciente, interferindo no desempenho das atividades habituais, tornando o paciente mais dependente. Dessa maneira a melhora dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos tem impacto direto na sua capacidade funcional. No estudo de Pereira, Santos e Sarge (2014)94 idosos foram avaliados, sendo apenas 7 com diagnóstico fechado de câncer, média de idade de 71,57. A capacidade funcional destes pacientes foi avaliada pelos instrumentos: Escala de Zubrod- EOCG ou Performance Status, índice de Katz e Escala de Lawton. No estudo a maioria dos idosos avaliados apresentou a capacidade funcional alterada devido a semidependências para as atividades básicas de vida diária. A avaliação da capacidade funcional pode contribuir de forma relevante na elaboração dos planos de cuidados à idosos geriátricos.

A escala de Katz, Lawton são mencionadas no estudo de Queiroz et (2014) e Pereira, Santos e Sarges(2014) como instrumentos que avaliam a capacidade funcional do indivíduo em CP. A Katz avaliou as atividades básicas de vida diária (ABVD) e a Lawton as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). No estudo de Queiroz et al (2014) foram avaliados 64 indivíduos com câncer avançado com predomínio do sexo masculino, 1/3 dos participantes tinham mais que 70 anos. Entende-se no estudo que quanto melhor a funcionalidade para tais atividades, menor será o risco para UPP. Pereira, Santos e Sarges(2014) verificaram que os idosos avaliados (N=94) com idade média de 71,57 anos apresentavam a classificação semidependente para as atividades básicas de vida diária de acordo com a pontuação obtida no Katz.

Segundo Cruz-Oliver (2017), as necessidades dos pacientes e o declínio funcional são características que melhor determinam aqueles que se beneficiariam dos cuidados paliativos. O melhor indicador de prognóstico é a funcionalidade e ao contrário de pacientes com câncer que apresentam o declínio da função mais rápido antes da morte e a necessidade de CP fica mais evidente, os pacientes portadores de doenças crônicas vivenciam uma longa trajetória da doença com difícil prognóstico.

Como é possível observar no estudo a maioria dos pacientes avaliados foram pessoas do sexo feminino, acima de 65 anos, baixa renda e escolaridade. Segundo o estudo de Redondo, Garcia de la torre, Petronila (2019), após avaliarem uma amostra de 25 idosos em cuidados paliativos portadores de doenças não oncológicas em ambiente domiciliar foi observado que a maioria era do sexo feminino, população rural e apresentava patologias cardiorrespiratórias e neurológicas, destacando-se especificamente demência e comprometimento cognitivo grave. Um em cada quatro idosos em estados agudos admitidos na enfermaria geriátrica é encaminhado para o serviço de cuidados paliativos. O câncer e a demência avançada representam as condições clínicas mais frequentes associadas a indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados (ARCANJO et al., 2018).

O tratamento paliativo ofertado pela equipe multidisciplinar vai além do alívio da dor e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e seus

familiares nos aspectos do sofrimento físico, psicossocial, espiritual e emocional (ANCP,2012)

## **CONCLUSÃO**

A escala mais utilizada no Brasil para avaliar a capacidade funcional de indivíduos incluindo idosos em cuidados paliativos é a KPS, seguido das escalas PCST, PPS, Escala de Zubrod- EOCG, Índice de Katz, Índice de Lawton.

Conforme mencionado previamente, poucos estudos avaliaram somente a população idosa o que pode influenciar diretamente nos resultados encontrados. Portanto, fica claro a importância do desenvolvimento de estudos voltados somente para esta população.

## REFERENCIAS

ALVES, L. C.; et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, Aug. 2007.

ALVES, R. S. F.; et al. **Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 39, e185734, 2019.

AMANCIO. M.T.; et al. **Caracterização do Perfil de Mulheres Idosas do Município de Maringá-PR com Necessidade de Cuidados Paliativos.** VIII Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica I Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Tecnológica e Inovação UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, Out.2016.

ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e Atualizado, 2ª edição, Ago. 2012.

ANCP. **ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil.** 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 10 jan.2019.

ANCP. **O que São Cuidados Paliativos.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao/>. Acesso em 9 jan.2019.

ANCP. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Out. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 8 jan.2019.

ARAUJO, Manuel; et al. **Cuidados Paliativos nas Insuficiências de Órgão Avançadas.** Medicina Interna, Lisboa, v. 24, n. 3, p. 228-234, Set. 2017.

ARANTES, A.C.L.Q. Indicações de Cuidados Paliativos. In: ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP.** Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e Atualizado, 2ª edição, Ago. 2012.

ARCANJO, Suelen Pereira et al. **Clinical and laboratory characteristics associated with referral of hospitalized elderly to palliative care.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 16, n. 1, eAO4092, 2018.

AZEVEDO, C.; et al. **Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos.** RevEscEnferm USP;51:e03245, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf). Acesso em: 18 out.2019.

BARBOSA, B.R.; et al. **Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos e Fatores Associados à Incapacidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3317-3325, 2014.

BERNARDO, E.S. **Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos: Correlação entre Qualidade de Vida e Funcionalidade.** Universidade do extremo sul catarinense – Unesc, graduação em ciências de saúde curso de fisioterapia, 2012.

BURLA, Claudia; PY, Ligia. **Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1139-1141, Jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 28 p.: il.,2013.

CABIANCA, C.A.M.; et al. **Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa.** RevSocBrasClin Med.; 15(1):2-5;Jan-Mar.2017.

CABRERA, M.A.S.; ANDRADE, S.M.; WAJNGARTEN, M. **Causas de Mortalidade em Idosos: Estudo de Seguimento de Nove Anos.** Geriatria&Gerontologia; 1(1): 14-20, 2007.

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R.M. **The impact of chronic disease on the quality of life of the elderly in São Paulo (SP, Brazil).** Ciência e Saúde Coletiva, 16(6):2919-2925,2011.

CARDENAS, C. **Cuidados al fin de la vida en Geriatria.** Rev HospClínUniv Chile; 26: 315 – 21, 2015.

CASTOR, Karoline Sampaio et al. **Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos.** BrJP, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 49 54, Mar.2019.

COSTA, R.S.; et al. **Reflexões Bioéticas Acerca da Promoção de Cuidados Paliativos a Idosos.** Ensaio- Saúde Debate, 40 (108), Jan-Mar, 2016.

CHAIMOWICZ F. **Os idosos brasileiros no século XXI.**Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.

CUNHA, G.L.; JECKEL-NETO, E.A. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. ET AL **Tratado de geriatria e gerontologia/** 2.ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CRUZ-OLIVER, D.M. **Palliative Care: An Update.** *Mo Med.*;14(2):110-115, Ma -Apr, 2017.

DDUNGU, H. **Palliative care: what approaches are suitable in developing countries?**British Journal of Hematology, vol. 154, issue 6, p. 728-735, Set. 2011.

FAINSINGER, R. L.; LANDMAN, W.; HOSKINGS, M.; BRUERA, E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J PainSymptomManage*; 16:145-

152, 1998 apud ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e Atualizado; 2ª edição; Ago. 2012.

FALLER, J.W.; et al. **Escala Multidimensional na Avaliação da Dor e Sintomas de Idosos em Cuidados Paliativos**. CogitareEnferm. 21(2): 01-10/Jun. 2016.

FRIED, L.P. **Investing in Health to Create a Third Demographic Dividend**. Gerontologist, Vol. 56, No. S2, S167–S177, 2016.

FRIES, A.T.; PEREIRA, D.C. **Teorias do Envelhecimento Humano**. Revista Contexto e Saúde- Editora Unijuí, v.10 n.20, p. 507-514, jan/jun, 2011.

GAYOSO, M.V.; et al. **Avaliação do Nível de Conforto de Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 26:e3029, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e3029.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3029.pdf). Acesso em: 21 out.2019.

GOURD N. M.; NIKITAS,N.**Multiple Organ Dysfunction Syndrome**. J Intensive Care Med. Ago,2019.

HELBOSTAD, J. L.; et al. **A First Step in the Development of an International Self-Report Instrument for Physical Functioning in Palliative Cancer Care: A Systematic Literature Review and an Expert Opinion Evaluation Study**.JournalofPainandSymptom Management, Volume 37, Issue 2, 196 – 205, 2009.

HENNEMANN-KRAUSE, L. **Ainda que Não se Possa Curar, Sempre é Possível Cuidar**. BJHBS, vol.11, n.2, Abr/Jun, 2012.

HORTON, R. **A Milestone for Palliative Care and Pain Relief**. The Lancet, vol 391, issue 10128, p. 1338-1339, Apr. 2018.

IAHPC. **Consensus Based Palliative Care Definition**. Houston, TX: Associação Internacional de Cuidados Paliativos e Hospitais, 2018. Disponível em: [https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20%20Portuguese%20\(Brazilian\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20%20Portuguese%20(Brazilian).pdf).Acesso em 10 Set.2019.

IARC.**Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018**. IARC Global Cancer Observatory, Lyon, 2018. Disponível em:[https://www.iarc.fr/wpcontent/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wpcontent/uploads/2018/09/pr263_E.pdf). Acesso em 20 out.2019.

IBGE. **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**. Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//index.html>. Acesso em: 17 ago.2019.

IBGE. **Número de Idosos Cresce 18% em 5 anos e Ultrapassa 30 milhões em 2017**.Agência IBGE Notícias, 2018.

IBGE. **Estatísticas do Século XX**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Agência IBGE Notícias, Set, 2003.

INCA. **Cuidados Paliativos**. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 15 out.2019.

INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Avaliação Funcional do Idoso**. Secretaria de Estadual da Saúde;2ª edição, 2015.

KAPO, J.; MORRISON, L.J.; LIAO, S. **Palliativecare for theolderadult**.J Palliat Med.10(1):185-209,2007.

LUCCHETTI, G.; et al.**Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência**. Geriatria& Gerontologia;3(3):104-108,2009.

LUNNEY, J.R.; LYNN, J.; FOLEY, D. J.; LIPSON, S.; GURALNIK, J.M.; **Patterns of Functionaldecline at the end of life**. JAMA, 14,289: 2387- 92, 2003.

MACIEL, M.G.S. Avaliação do Paciente em Cuidados Paliativos. In: ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e Atualizado,2ª edição, Ago. 2012.

MALTA, D.C., et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a Utilização de Serviços de Saúde: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. RevSaude Publica;51 Supl 1:4s, 2017.

MARCUCCI, F.C.I.; et al. **Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório**. Cad. saúde colet., Rio de Janeiro,v. 24, n. 2, p. 145-152,June 2016. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414462X2016000200145&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000200145&lng=en&nrm=iso)>. accesson 30 Oct. 2019.

MARCUCCI, F.C.I.; MARTINS, V.M.; BARROS, E.M.L.; PERILLA, A.B.; BRUN, M.M.; CABRERA, M.A.S. **Capacidade Funcional de Pacientes com Indicação de Cuidados Paliativos na Atenção Primária**. Gerontol. Aging. 2018.

MARTINS, V.M. **Características Funcionais dos Pacientes em Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde**. XXIV Encontro Anual de Iniciação Científica,2015.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: ANCP. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Ampliado e Atualizado,2ª edição, Ago. 2012.

MOINE,S.; MURRAY,S.A.;BOYD, K.; ENGELS, Y.; MITHCELL, G, et al. **Palliative Care and the endless cycle of serious health- related suffering**. The Lancet, volume 392, issue 10146, p 471-472, Aug. 2018.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia.**/Anita Liberalesso Neri, Campinas, SP: Editora Alínea, coleção Velhice e Sociedade, 3ª ed., 2008.

NICKEL, Luana et al. **Grupos de pesquisa em cuidados paliativos: a realidade brasileira de 1994 a 2014.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 70-76, Mar. 2016

ONU. **OMS define 10 prioridades de saúde para 2019.** Organização das Nações Unidas, Jan, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019/amp/>. Acesso em: 9 nov.2019.

ONU. **ONU apoia estratégia brasileira de promoção do envelhecimento saudável.** Nações Unidas do Brasil. Jan, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-apoia-estrategia-brasileira-de-promocao-do-envelhecimento-saudavel/>. Acesso em: 27 Mar.2019.

OPAS. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores.** 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores.** 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

OTHERO, M. B. et al. Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atkas of Palliative Care. *European Journal of Palliative Care.* 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark. May. 2015. p.113. In: GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. **Cuidados paliativos.** Estud. av., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016 .

PAPALEO NETO, M. **O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos.** p. 2-12. In: FREITAS, E.V. ET AL Tratado de geriatria e gerontologia/ 2.ed.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PEREZREDONDO, Beatriz; GARCIA DE LA TORRE REVUELTA, Mónica; PETRONILA GOMEZ, Laura. **Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas.** Gerokomos, Barcelona, v. 30, n. 1, p. 6-11, 2019.

PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SANTOS, Nadia Barreto dos; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. **Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado.** RevPan-AmazSaude, Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 37-44, Dez.2014. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217662232014000400005&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232014000400005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 out. 2019.

PÉUS, D.; et al. **Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation.** BMC medical informatics and decisionmaking vol. 13 72. 19 Jul. 2013.

PINHEIRO, B. V. et al. **Insuficiência de Múltiplos Órgãos e Sistemas: Epidemiologia e Prognóstico na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.** HU Revista Médica Oficial da Universidade Federal de Juiz de Fora- vol. 24- Jan/ Abri, 1998.

QUEIROZ, Ana Carolina de Castro Mendonça et al. **Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 264-271, Apr. 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342014000200264&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342014000200264&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out.2019.

QUEIROZ, M.S.C.; et al. **Associação entre Sarcopenia, Estado Nutricional e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos.** Rev. bras. cancerol ; 64(1): 69-75, Jan/Fev/Mar. 2018. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969180>. Acesso em: 17 out.2019.

REBELLATO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso.** São Paulo: Editora Manole, 2004.

RIGO, J.C.; SANTOS, E. Contextualizando os Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia, p.3-7 In: **Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia**[autores] Roberta Rigo Dalacorte, Júlio César Rigo, Rodolfo Herberto Schneider, Carla Helena Augustin Schwanke- São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

SANVEZZO, V.M.S.; MONTANDON, D.S.; ESTEVES, L.S.F. **Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 21(5): 627-638, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, P.B. et al. **Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.** Rev Dor. São Paulo, 11(4):282-288, Out-Dez, 2010.

SOUZA, R.S.; SIMÃO, D.A.S.; LIMA, E.D.R.P. **Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes Atendidos em um Serviço Ambulatorial de Quimioterapia Paliativa em Belo Horizonte.** Rev. Min. Enfer. 16(1): 38-47, Jan./Mar.2012. Disponível em:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22555&indexSearch=ID>. Acesso em 19 out.2019.

SBGG. **Vamos falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.**

SLEEMAN, K.E.; BRITO, M.; ETKIND, S.; NKHOMA, K.; GUO, P. HIGGINSON, I.J. **The Scalating Global Burden of Serious Health- related Suffering: projections to 2060 by World regions, Age Groups, and Health Conditions.** The Lancet Global Health, vol. 7, issue 7, PE883-E892, Jul, 2019.

SIKORA, E.; RATTAN, S.I.S. **The Future of Ageing: not more of the same.** *Biogerontologia*, 18(4): 429–432; Jul. 2017.

TIMMERMANN, C. **Just give me the best quality of life questionnaire: the Karnofsky scale and the history of quality of life measurements in cancer trials.** *ChronicIlln.*; 9(3): 179–190, Sep. 2013.

VERAS, R.P; OLIVEIRA, M.R. **Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo.** *Rev. bras.geriatr. gerontol*; 19(6): 887-905, 2016.

VERAS, R.P.OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil: a Construção de um Modelo de Cuidado.** *Ciên. saúdecolet.*23 (6), Jun.2018.

WHO. **Active Ageing - A Policy Framework.** A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madri, abr. 2002.

WHO. **Decade of Healthy Ageing 2020-2030.** World Health Organization,CERO, jun. 2019.

WHO. **Dementia.** World Health Organization. Set, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 5 fev.2019.

WHO. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.** Worldwide Palliative Care Alliance, jan.2014.

WHO. **Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016.** Geneva, World Health Organization; 2018.

WHO. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines.** World Health Organization 2<sup>a</sup> ed. Geneve, 2002.

WHO. **Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs.** Module 05. Genève, 2007.

WHO. **Palliative Care for Older People: Better Practices.** World Health Organization, 2011.

WHO. **Summary World Report on Aging and Health.** World Health Organization, Genebra, 2015.

YENNURAJALINGAM S, BRUERA E. editores. Oxford American Handbook of Hospice e Medicina Paliativa e Cuidados de Suporte. Imprensa da Universidade de Oxford; 1 edição. 16 de agosto de 2011 Apud SAGA, YUDAI; ENOKIDO, MASANORI; IWATA, YUSEI; OGAWA, ASAO. **Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care.** *Chin Clin Oncol*; 7(3): 32, Jun.2018.

YOURMAN, L.C.; LEE, S.J.; SCHONBERG, M.A.; WIDERA, E.W.; SMITH, A, K.  
**Prognostic indices for older adults: a systematic review.** *JAMA*; 307(2):182–192,2012.