



# Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa

Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review

Vitória Marques de Sá Sanvezzo<sup>1</sup>  
Diego Santiago Montandon<sup>1</sup>  
Larissa Sapucaia Ferreira Esteves<sup>1</sup>

## Resumo

*Objetivo:* identificar os instrumentos validados que podem ser utilizados para avaliação da funcionalidade de idosos em Cuidados Paliativos. *Método:* trata-se de uma revisão integrativa com foco em instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos, através da busca de publicações em periódicos indexados em sete bases eletrônicas de dados. A busca dos estudos foi realizada com a utilização de descritores, palavras-chave e operadores booleanos para o cruzamento nas bases de dados em novembro de 2017. Houve identificação de 357 resumos dos quais 53 artigos foram selecionados para leitura, destes, 21 atenderam aos critérios de inclusão. *Resultados:* essa estratégia possibilitou a descrição de oito escalas e um teste para avaliar performance de funcionalidade entre idosos em cuidados paliativos. *Conclusão:* evidenciaram-se oito escalas e um teste de funcionalidade que também trazem direcionamentos para melhora da qualidade de vida de idosos em Cuidados Paliativos, demonstrando ser praticamente impossível desassociar funcionalidade física de aspectos sociais e psicológicos.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Cuidados Paliativos.  
Instrumentos de Avaliação.

## Abstract

*Objective:* to identify validated instruments that can be used for the functional assessment of elderly persons in Palliative Care. *Method:* an integrative review focused on identifying instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care was carried out by searching publications in periodicals indexed in seven electronic databases. Descriptors, keywords and Boolean operators were used for a cross-database search in November 2017. A total of 357 abstracts were identified, from which 53 articles were selected for reading, of which 21 met the inclusion criteria. *Results:* this strategy allowed the identification of eight scales and one test for the functional assessment of elderly persons in palliative care. *Conclusion:* eight scales and a functional test which also provide guidelines for improving the quality of life of elderly people in palliative care were identified, demonstrating that it is practically impossible to disassociate physical functional performance from social and psychological aspects.

**Keywords:** Elderly.  
Palliative Care. Assessment  
Instruments.

<sup>1</sup> Universidade do Oeste Paulista, Programa de Residência em Saúde do Idoso. Presidente Prudente, São Paulo, Brasil.

## INTRODUÇÃO

À medida que aumenta a expectativa de vida, um número cada vez maior de pessoas ultrapassa os 60 anos e vive até uma idade muito avançada, modificando também os padrões de doenças nos últimos anos de vida: mais pessoas estão morrendo pelo agravamento de doenças crônicas do que por doenças agudas. A cronificação de uma doença traz o risco de sequelas incapacitantes, tornando o paciente altamente dependente para as atividades da vida diária; para essas doenças, não existe tratamento curativo e sim de controle<sup>1</sup>.

Devido às mudanças apontadas, uma atuação focada no Cuidado Paliativo tem se tornado não só uma questão de saúde pública, como também de humanização na assistência. O Cuidado Paliativo centra-se na melhoria dos sintomas e qualidade de vida (QV) das pessoas que se aproximam do final de suas vidas, além do apoio a amigos e familiares. Questionar a “tecnolatria” e o investimento de alta tecnologia para pacientes sem possibilidade de cura significa refletir sobre o equilíbrio necessário entre ciência e humanismo diante da mortalidade humana, de modo a resgatar a dignidade da vida<sup>2,3</sup>.

Para a população idosa, a perda ou diminuição do status funcional (tomar banho, vestir-se, transferir-se no ambiente e realizar atividades instrumentais) está fortemente associada com maior uso de serviços de saúde, isolamento e alojamento em instituições; sendo assim, a manutenção da funcionalidade é considerada uma determinante importante de QV entre idosos em Cuidados Paliativos<sup>4,5</sup>.

A avaliação funcional em Cuidados Paliativos, portanto, é fundamental para a vigilância da evolução da doença e se constitui em elemento valioso na tomada de decisões, prognóstico, diagnóstico e prevenção de efeitos adversos associados ao declínio funcional.

No entanto, apesar da importância do status funcional para os desfechos de saúde, os dados sobre funcionalidade raramente são coletados durante a assistência de rotina. Com a realização desta revisão integrativa, pretende-se identificar os instrumentos que podem ser utilizados para avaliação da funcionalidade de idosos em Cuidados Paliativos.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como um método de revisão específico que visa fornecer uma visão abrangente sobre determinado tema e que tenha utilidade para a prática clínica. A condução do presente estudo obedeceu as etapas preconizadas pelo método: elaboração da questão de pesquisa, busca dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários, análise e síntese dos resultados e apresentação<sup>6</sup>.

A elaboração da questão de pesquisa foi fundamentada na estratégia PICO, na qual "P" refere-se à população do estudo (idosos); "I" à intervenção estudada ou à variável de interesse (cuidados paliativos); "C" à comparação com outra intervenção (não utilizado neste estudo) e "O" refere-se ao desfecho de interesse (instrumento de avaliação funcional)<sup>7</sup>. Desta forma, a pergunta norteadora para a condução da presente revisão integrativa foi: "Quais instrumentos disponíveis para avaliar a funcionalidade de idosos em Cuidados Paliativos?".

A busca por estudos primários foi realizada em sete bases de dados: PubMed da *National Library of Medicine*; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – CINAHL; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS; EMBASE; *Physiotherapy Evidence Database* - PEDro; *Web of Science*; e SCOPUS.

Foram utilizados descritores controlados, palavras-chave bem como seus sinônimos, e operadores booleanos para o cruzamento nas bases de dados da seguinte forma: PubMed (MeSH) – [(Aged) AND (Paliative care)] AND [(Assessment instruments)]; LILACS (DeCS - Descritores em Ciências de Saúde): "Idoso" AND "Cuidados Paliativos" OR "Cuidado paliativo" AND "Inquéritos e Questionários"; CINAHL (Pesquisa por palavras): "Aged" OR "Elderly" AND "Paliative care" AND "Assessment instruments" OR "Tool" AND "validation studies" OR "Validation"; EMBASE: (Paliative care) AND (Assessment instruments); PEDro: "Aged" AND "palliative care" AND "assessment instruments"; *Web of Science*: "Aged" OR "Elderly" AND "Paliative care" AND "Assessment instruments" OR "Tool" AND "validation studies" OR "Validation"; SCOPUS: "Aged" AND "palliative care" AND "assessment instruments".

Foram incluídos os artigos que apresentaram instrumentos que possibilitam a avaliação funcional de pacientes em cuidados paliativos; apesar de o estudo focar-se na população idosa, incluir instrumentos que não citavam o idoso foi uma maneira de garantir que essa população, implicitamente, também esteja incluída nos critérios de avaliação desses instrumentos. Não foram estabelecidos limites de períodos e de idiomas da publicação, para garantir maior abrangência do estudo. Foram excluídos os artigos que não elucidavam a utilização dos instrumentos focados diretamente para o paciente ou em cuidados paliativos.

A busca dos estudos primários nas bases de dados selecionadas ocorreu no mês de novembro de 2017 e

foi realizada por uma bibliotecária com supervisão dos autores da presente revisão integrativa.

Foram identificados 472 estudos primários, sendo 182 da PubMed; 108 da CINAHL; 03 da LILACS; 42 do EMBASE; 08 do PEDro; 88 da *Web of Science*; e 41 da SCOPUS. Excluiu-se 115 estudos repetidos, realizado por intermédio de um gerenciador eletrônico de referências bibliográficas, houve leitura dos resumos dos estudos obtidos, no qual 305 foram excluídos, perfazendo uma amostra inicial de 53 artigos que foram lidos em sua íntegra para a seleção final de 21 estudos primários. O processo de triagem dos artigos é apresentado no fluxograma (Figura 1), como recomendado pelo grupo PRISMA<sup>7</sup>.

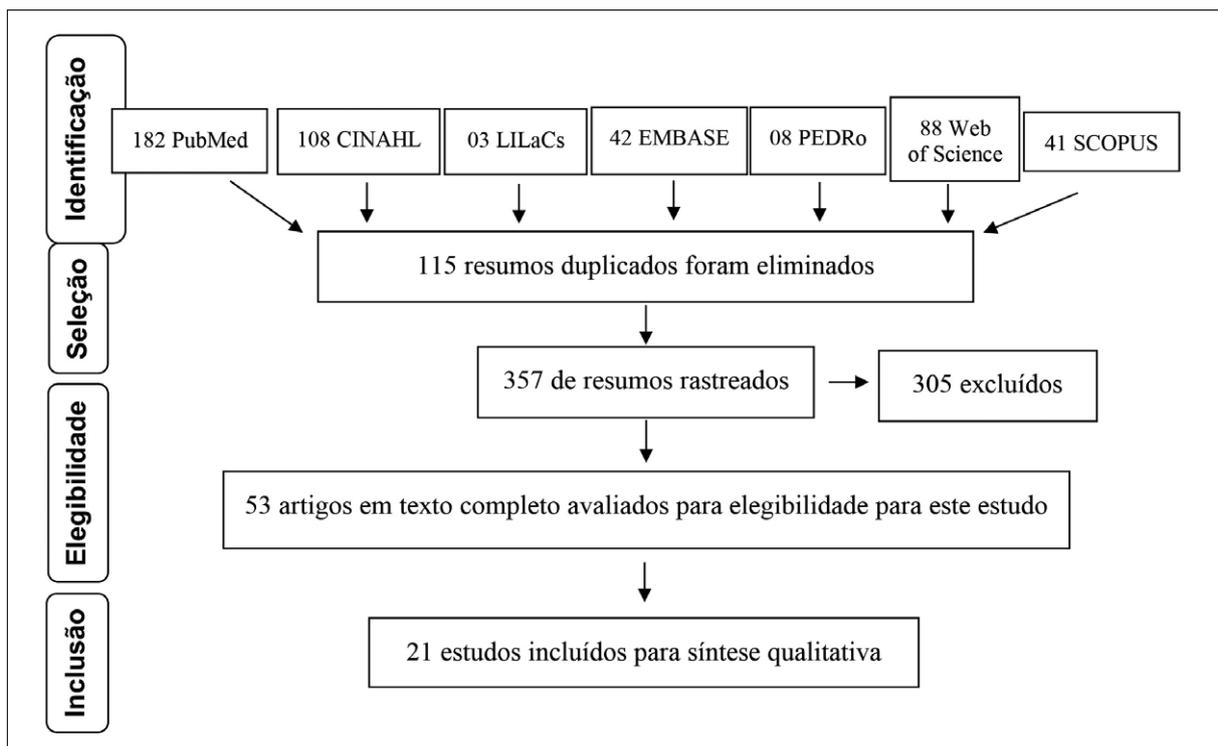


Figura 1. Fluxograma para seleção dos estudos encontrados. Presidente Prudente, SP, 2018.

A extração dos dados foi realizada após a leitura de cada um dos artigos selecionados, foram sintetizados aspectos relacionados, tais como: ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, título do periódico, nível de evidência e instrumentos de avaliação da funcionalidade de idosos em cuidados paliativos.

Para a avaliação dos estudos primários incluídos na presente revisão, utilizou-se um instrumento validado. A classificação do nível de evidências seguiu o recomendado pela literatura<sup>7,8</sup>, onde: nível I - revisão sistemática ou metanálise, ensaios clínicos randomizados controlados; nível II - evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico, randomizado controlado bem delineado; nível III - pesquisas com métodos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV - evidências de estudo de coorte e de caso controle bem delineados; nível V - revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - evidências de um único estudo descritivo ou

qualitativo e nível VII: opiniões de especialistas e autoridades na área estudada.

A análise e síntese dos resultados foram realizadas com vistas a responder a questão norteadora desta investigação, cuja apresentação segue as recomendações do conjunto mínimo de itens para relatórios baseados em evidências compilados pelo PRISMA<sup>7,8</sup>, no qual obteve registro no sistema PROSPERO de revisões da literatura número 77865 em agosto de 2017.

## RESULTADO

Com vistas a responder a inquietação deste estudo, buscou-se compilar as informações relacionadas ao ano de publicação, país onde a pesquisa foi desenvolvida, título da publicação, nível da evidência e instrumentos de avaliação citados em cada estudo que conseguem mensurar a funcionalidade de idosos em cuidados paliativos (Quadro 1).

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos primários selecionados quanto a ano, país, título da publicação, nível de evidência e instrumento de avaliação. Presidente Prudente, SP, 2018.

Nº	Ano	País	Título da publicação	Nível de evidência	Instrumento de avaliação
1	2017	Austrália	<i>Recognising older frail patients near the end of life: What's next?</i> <sup>9</sup>	V	<i>Comprehensive Geriatric Assessment – CGA</i> <i>Frailty Index (FI)</i> <i>Fried's frailty phenotype</i> <i>Clinical Frailty Scale (CFS)</i> <i>Fatigue Resistance Ambulation</i> <i>Illness Loss of weight (FRAIL) scale</i> <i>Groningen Frailty Indicator (GFI)</i> <i>EASYcare-TOS</i> <i>Edmonton Frailty Scale (EFS)</i> <i>Identification of Seniors at Risk (ISAR)</i> <i>FRAIL-NH scale</i>
2	2016	Polônia	Functional assessment of the elderly with the use of EASYCare Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment <sup>10</sup>	III	<i>EASYCare Standard 2010; Comprehensive Geriatric Assessment - CGA</i>

continua

Continuação do Quadro 1

Nº	Ano	País	Título da publicação	Nível de evidência	Instrumento de avaliação
3	2005	EUA	Assessment Instruments Clinics in Geriatric Medicine <sup>11</sup>	V	<p>Escala de Desempenho Karnofsky</p> <p>Atividades de Vida Diária (ADL)</p> <p>Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL)</p> <p>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Scale (ECOG Performance Status)</p> <p>Rapid Disability Rating Scale (RDRS)</p> <p>Health Assessment Questionnaire (HAQ)</p> <p>Functional Independence Measure (FIM)</p> <p>Sickness Impact Profile (SIP)</p> <p>Time Up and Go test (TUG)</p> <p>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 items (EORTC-QLQ-C30)</p> <p>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)</p> <p>McGill Quality of Life Questionnaire (MQoL)</p>
4	2003	EUA	<i>The RAI-PC: An assessment instrument for palliative care in all settings</i> <sup>12</sup>	III	RAI-PC
5	2016	Bélgica	An instrument to collect data on frequency and intensity of symptoms in older palliative cancer patients: A development and validation study <sup>13</sup>	IV	<p>Memorial Symptom Assessment Scale</p> <p>Edmonton Symptom Assessment System</p> <p>Rotterdam Symptom Checklist</p> <p>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 items (EORTC-QLQ-C30)</p> <p>Hospice Quality of Life Index</p> <p>McGill Quality of Life (MQoL)</p> <p>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy e Spiritual well being</p> <p>Symptom Assessment To Improve Symptom Control For Institutionalized Elderly (SATISFIE)</p>
6	2016	Bélgica	<i>Usefulness, feasibility and face validity of the interRAI Palliative Care instrument according to care professionals in nursing homes: A qualitative study</i> <sup>14</sup>	IV	RAI-PC
7	2014	Noruega	<i>The last three days of life: a comparison of pain management in the young old and the oldest old hospitalised patients using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care</i> <sup>15</sup>	III	RAI-PC
8	2014	Canada	<i>Care planning needs of palliative home care clients: Development of the interRAI palliative care assessment clinical assessment protocols (CAPs)</i> <sup>16</sup>	IV	PC interRAI

continua

Continuação do Quadro 1

Nº	Ano	País	Título da publicação	Nível de evidência	Instrumento de avaliação
9	2008	Canadá	<i>Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system</i> <sup>17</sup>	III	InterRAI Long Term Care Facility (interRAI LTCF); InterRAI Home Care (interRAI HC); InterRAI Post acute Care (interRAI PAC); InterRAI Palliative Care (interRAI PC); InterRAI Mental Health (interRAI MH).
10	2015	EUA	Measuring End-of-Life Care and Outcomes in Residential Care/ Assisted Living and Nursing Homes <sup>18</sup>	III	<i>Family Perceptions of Physicians and Family Caregivers; Communication and the End of Life in Dementia (EOLD); Satisfaction With Caregivers; EOLD-Symptom Management; EOLD-Comfort Assessment in Dying; Mini-Suffering State Examination (MSSE).</i>
11	2016	Turquia	<i>Reliability and validity of the Turkish version of the EORTC QLQ-C15-PAL for patients with advanced cancer</i> <sup>19</sup>	IV	<i>European Organization for Research (EORTC QLQ); Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (C15-PAL).</i>
12	2011	Reino Unido	Assessing quality-of-life in older people in care homes <sup>20</sup>	IV	<i>Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW)</i>
13	2010	Suécia	<i>The Assessment of Quality of Life at the End of Life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care</i> <sup>21</sup>	IV	<i>European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 items (EORTC-QLQ-C30)</i>
14	2007	EUA	<i>Measuring Patient-Oriented Outcomes in Palliative Care: Functionality and Quality of Life</i> <sup>22</sup>	V	<i>Karnofsky Performance Scale (KPS) Palliative Performance Scale (PPS) Short-Form Health Survey (SF-36) European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 items (EORTC-QLQ-C30) The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) The Quality of Life index (QLI) The Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) McGill Quality of Life Questionnaire (MQoL) Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) The Functional Living Index-Cancer (FLIC)</i>
15	2008	Canadá	Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals <sup>23</sup>	IV	Modelo Canadense de Desempenho no Trabalho (CMOP)
16	2007	EUA	Quality-of-life Assessment in Palliative Care <sup>24</sup>	VI	<i>Karnofsky Score Edmonton Symptom Assessment; Memorial Symptom Assessment Scale; European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire (EORTC-QLQ-C30) Quality and Quantity of Life Short Questionnaire; Cambridge Palliative Assessment Schedule.</i>

continua

Continuação do Quadro 1

Nº	Ano	País	Título da publicação	Nível de evidência	Instrumento de avaliação
17	2005	Austrália	Measuring symptom distress among frail elders capable of providing self reports <sup>25</sup>	III	Sympton Assessment Scale
18	2016	Bélgica	Frequency and intensity of symptoms and treatment interventions in hospitalized older palliative cancer patients: a multicentre cross-sectional study <sup>26</sup>	IV	<i>Assessment Symptoms Palliative Elderly (ASPE); Symptom Intervention Palliative Elderly (SIPE);</i>
19	2014	Holanda	Symptoms and treatment when death is expected in dementia patients in long-term care facilities <sup>27</sup>	III	<i>Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD) Discomfort Scale-Dementia Alzheimer type (DS-DAT); End-of-Life in Dementia scales- Comfort Assessment in Dying (EOLD-CAD); Mini Suffering State Examination (MSSE)</i>
20	2014	Bélgica	<i>A Comparative Analysis of Comprehensive Geriatric Assessments for Nursing Home Residents Receiving Palliative Care: A Systematic Review</i> <sup>28</sup>	IV	<i>InterRAI Palliative Care (interRAI PC); McMaster Quality of Life Scale; Missoula-VITAS Quality of Life Index-Revised (MVQOLI-R); Modified Quality of Life Concerns in the End of Life Questionnaire (mQOLC-E); McMaster Quality of Life Scale (MQLS); InterRAI PCeFormer Minimum Data Set; Palliative Care Outcome Scale (POS);</i>
21	2013	EUA	A Symptom assessment in elderly cancer patients receiving palliative care <sup>29</sup>	VI	<i>Memorial Symptom Assessment Tool; Edmonton Symptom Assessment; MD Anderson Symptom Inventory; European Organization for Research and Treatment of Cancer's Quality of Life Core Questionnaire (EORTC QLQ-C30); Condensed Memorial Symptom Assessment Scale Rounding Tool;</i>

## DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa procurou avaliar estudos primários nas sete principais bases de dados que são referências para profissionais de saúde com vistas a aumentar as possibilidades de estudos sobre Cuidados Paliativos aliados à gerontologia. Realizar um estudo protocolado no PRISMA traz qualidade ao artigo, uma vez que a diretriz é focada em auxiliar autores a diminuir o viés de

publicação e ser um provável marcador de rigor de conduta na Prática Baseada em Evidências (PBE)<sup>30</sup>. Em uma visão generalizada, todos os 21 artigos analisados são escritos na língua inglesa e apresentam como países de estudos aqueles eleitos como desenvolvidos e com altos índices de longevidade, subentendendo-se que a Revolução da Longevidade é uma realidade outrora muito discutida e estudada, diferentemente do Brasil que está em pleno processo de envelhecimento<sup>31,32</sup>.

Quanto às datas de publicação, 12 artigos foram escritos nos últimos cinco anos (a partir do ano 2013); quatro artigos entre cinco e dez anos (de 2008 a 2012) e cinco artigos com mais de 10 anos de publicação (anterior ao ano de 2007). Esses dados demonstram a utilização de estudos atuais e, por conseguinte, a relevância da temática, uma vez que a constante atualização dos estudos é um fator que traz diferencial às pesquisas e às práticas clínicas: pois o próprio movimento de PBE quebra paradigmas sobre as lacunas existentes entre pesquisas e práticas ao promover evidências de pesquisas clínicas acima da instituição e da opinião de especialistas<sup>33,34</sup>.

Ainda sobre o PBE, os Níveis de Evidência (NE) são aplicados e utilizados para se analisar o percurso metodológico dos estudos selecionados nas bases de dados. Nesta PBE, houve predomínio de artigos classificados com NE III e IV (sete e nove artigos, respectivamente) e artigos com NE de V e VI (três e dois artigos), ou seja, não se identificou níveis altos de uso metodológico. Mesmo que este seja um achado preocupante, tendo em vista que as Revisões Sistemáticas e Metanálises constituem padrão ouro em PBE, é importante vislumbrar que a questão norteadora desta análise: “Quais instrumentos disponíveis para avaliar a funcionalidade de idosos em Cuidados Paliativos?”, normalmente é respondida por intermédio de estudos observacionais, metodológicos – para validação de instrumentos, revisões integrativas e narrativas, metodologias contempladas nos NE encontrados<sup>34</sup>.

Para melhor compreensão sobre as finalidades das escalas avaliadas, é possível dividir a discussão em dois núcleos de sentido: escalas que avaliam funcionalidade e performance física de pacientes em Cuidados Paliativos e escalas que avaliam QV e conseqüentemente possuem em seus domínios índices que avaliam funcionalidade como parte integrante da atenção biopsicossocial.

No quesito QV, pode-se considerar que os instrumentos *European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30) e *InterRAI Palliative Care* (RAI-PC), são os que aparecem em maior número de estudos, totalizando sete (33%) e seis (28%) indicações respectivamente; em menor número, encontram-se em três (14%) artigos as escalas *Edmonton Symptom Assessment*,

*Memorial Symptom Assessment* e *McGill Quality of Life Questionnaire* (MQoL); em dois (9%) estudos é possível encontrar a Avaliação Geriátrica Ampliada como meio de avaliar QV e as escalas *End-of-Life in Dementia scales- Comfort Assessment in Dying* (EOLD-CAD) e *Evaluation of the Individual Quality of Life-Direct Weighting* (SEIQoL-DW); as demais escalas aparecem em apenas um (4%) dos estudos.

Quanto à avaliação de funcionalidade e performance física, foi possível identificar oito escalas distintas e um teste que serão discutidas separadamente em busca de melhor responder a inquietação desta pesquisa.

A *Karnofsky Performance Scale* (KPS), foi desenvolvida em 1948, trata-se de uma escala considerada objetiva, prática e que passou por mais de 50 anos de validação com pacientes oncológicos e não oncológicos. O nível de funcionalidade é avaliado pelo profissional de saúde com uma porcentagem variando de 100% (normal, sem queixas, sem evidência de doença) até 0% (óbito); por relacionar-se estritamente com níveis de angústia de sintomas, o KPS é usado frequentemente como uma ferramenta de prognóstico para prever a expectativa de vida<sup>11,35,36</sup>.

A *Palliative Performance Scale* (PPS) baseia-se em uma premissa similar à KPS. A versão original, que consiste em uma escala unidimensional, foi ampliada para incluir dimensões de mobilidade, atividade, evidência de doença, autocuidado, níveis de ingestão e nível de consciência. Um profissional de saúde classifica cada dimensão atribuindo um valor de 100% a 0% (morte), com 10% indicando o menor nível de funcionamento. As classificações de mobilidade, atividade e evidência de doença são dominantes sobre as últimas variáveis. Por exemplo, um paciente que permanece deitado ou sentado o dia todo (50% de escore de mobilidade), mas tem ingestão normal e nível de consciência normal (100% de ingestão e de nível de consciência) tem um escore PPS global de 50%. Portanto, pesquisadores e clínicos que planejam usar o PPS versão 2 devem considerar se a hierarquia reflete as prioridades para avaliar os pacientes. A escala prevê com sucesso a necessidade de cuidados hospitalares; índices decrescentes estão associados com piora e condição de morte, enquanto scores estáveis estão associados com alta e cuidados domiciliares<sup>35</sup>.

O Índice de Katz e Lawton avalia necessidade de assistência em atividades básicas e instrumentais, separadamente. O índice de Lawton & Brody, desenvolvido em 1969, permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD): utilização de telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, manejo de medicação e responsabilidade financeira. Para cada AIVD, o idoso receberá pontuações como dependente (1 pontos), necessitado de auxílio para as atividades (2 pontos) ou independente (3 pontos). Ao final, serão considerados independentes aqueles que alcançarem de 19 a 27 pontos, semi dependente os que pontuarem de 10 a 18 pontos e idosos dependentes os que pontuarem abaixo de 9 pontos<sup>11, 37, 38</sup>.

Através do Índice de Katz, o idoso é avaliado em seis parâmetros (capacidade para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação). A pontuação varia de 0 (zero) a 3 (três), sendo que é atribuído 0 pontos para cada atividade que o idoso realiza sem precisar de ajuda, 1 e 2 pontos se o mesmo necessitar de ajuda não humana e humana, respectivamente, e 3 pontos se for dependente para aquela atividade. Após a avaliação, é realizado o somatório dos pontos e classifica-se em uma das três categorias: independência (<6 pontos); dependência moderada (7 a 16 pontos) e dependência severa (acima de 16 pontos)<sup>11, 37, 38</sup>.

A *Rapid Disability Rating Scale* (RDRS) é também responsável por avaliar atividades instrumentais de vida diária, corresponde a uma escala de quatro pontos e inclui oito itens sobre atividades da vida diária, três em capacidade mental e um sobre mudanças na dieta, continência, medicamentos e mobilização na cama; é particularmente adequada para pacientes idosos, podendo ser aplicada em hospitais e casas de repouso, porém, pouco utilizada na prática clínica. O grau de necessidade de ajuda no dia-a-dia, o grau de incapacidade e o grau de questões especiais são levados em consideração com o maior escore de 54, onde maior pontuação indica maior dificuldade<sup>11, 39</sup>.

A *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) é um instrumento desenvolvido há três décadas por James F. Fries e colaboradores, da Universidade de Stanford como modelo de avaliação auto-relatado, analisando

a função física. Possui forte confiabilidade e validade, sendo amplamente utilizado em pacientes com doenças reumáticas, HIV/AIDS e pessoas idosas. É um bom instrumento descritivo, mas pode ser menos apropriado para medir mudanças clínicas<sup>11, 40</sup>.

A *Functional Independence Measure* (FIM) ou Medida de Independência Funcional (MIF) tem o objetivo de avaliar a carga de cuidados demandada por uma pessoa, sendo um instrumento de avaliação da incapacidade com restrições funcionais de várias origens. É composto por 18 itens que avaliam seis diferentes áreas compreendendo itens motores e cognitivos e possui um sistema de graduação da resposta do paciente que alterna-se de um a sete; sua pontuação total varia de 18 a 126, sendo uma pontuação alta sinônimo de maior independência. É bem validado, mas seu uso é limitado na prática clínica, exceto em um ambiente de reabilitação<sup>11, 41</sup>.

A *Sickness Impact Profile* (SIP) foi projetada para medir a disfunção dos pacientes através de seu comportamento cotidiano. Esta escala concentra-se na capacidade do paciente movimentar-se dentro de sua residência, sair e usar o transporte. Seu resultado geral varia de 0% a 100%, onde 0% representa pacientes completamente saudáveis e 100% completamente dependentes. Foi desenvolvido na Universidade de Washington em Seattle, EUA. Hoje em dia é usado por inúmeras instituições no mundo e é o questionário oficial de QV na Universidade Johns Hopkins em Baltimore. O Questionário consiste em 136 perguntas sim / não que representam atividades específicas divididas em doze categorias gerais; seu uso geralmente está ligado à pesquisa<sup>11, 42</sup>.

O *Timed Up and Go* (TUG) envolve a observação do paciente em levantar-se de uma posição sentada, caminhar três metros, virar-se, retornar à cadeira e sentar-se. Uma pontuação de mais de 20 segundos deve levar a uma avaliação mais aprofundada. É uma medida simples e confiável de mobilidade e pode ser útil para seguir o declínio funcional durante um período de tempo<sup>11</sup>.

A *Short-Form Health Survey* (SF-36) consiste em oito subescalas que medem limitações em atividades físicas e sociais causadas pela saúde física e problemas emocionais, além de dor física, saúde mental geral, vitalidade e percepções gerais de saúde<sup>22</sup>.

De forma geral, como resultado da análise, foi possível identificar que a avaliação da QV vem atrelada ao Cuidado Paliativo como parte essencial do plano de assistência, sendo este um fator que influencia diretamente na funcionalidade do paciente.

Assim, torna-se importante lembrar que o desenvolvimento do instrumento *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) foi o primeiro passo para se encontrar um consenso sobre definições de QV; desta maneira, a Organização Mundial da Saúde reuniu especialistas de várias partes do mundo que definiram QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A questão mais importante é a percepção do paciente sobre o contexto cultural, social e ambiental ao qual está inserido, inter-relacionando o meio com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais<sup>43</sup>.

Ainda dentro dos instrumentos que mensuram QV, encontra-se o WHOQOL-*old*, modificado para a pessoa idosa, o qual avalia a QV através de seis domínios: avaliação de funcionamento sensorial, autonomia, atividades presentes, passadas e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade<sup>44</sup>. Percebe-se que, mesmo sendo um instrumento direcionado para questões subjetivas (como morte e morrer), a autonomia e funcionalidade participam como pontos extremamente pertinentes para o bem-estar dessa população.

Portanto, para se trabalhar com integralidade é preciso esforços de uma equipe interdisciplinar, preparada para extrapolar o modelo hegemônico, biomédico. Conceitos específicos da gerontologia e dos Cuidados Paliativos como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência e autonomia exigem do profissional um processo de trabalho mais ampliado, focado no modelo biopsicossocial; neste caso, o conceito de saúde é inclinado para manutenção de autonomia e funcionalidade mesmo na presença das doenças crônicas<sup>31</sup>.

É sabido, porém, que este modelo de trabalho está fortemente ligado à estruturação de redes e capacitação de profissionais para a clínica ampliada. Como recurso para viabilizar este tipo de assistência, as avaliações podem tornar-se grandes aliadas dos

profissionais de saúde para traçar um plano de atendimento adequado para a população idosa em Cuidados Paliativos.

Cabe ainda, elucidar como limitação deste estudo a impossibilidade de verificar se as escalas apresentadas já estão disponíveis em português e se são validadas à luz da ciência para sua utilização no Brasil. Todavia é importante enaltecer a relevância desta investigação que conseguiu compilar evidências atualizadas de instrumentos diferentes para proporcionar avaliação da funcionalidade de idosos em cuidados paliativos em cenários muito específicos.

## CONCLUSÃO

A busca por evidências científicas em sete bases de dados, com seleção de 21 estudos primários diante de um delineamento metodológico rígido de Prática Baseada em Evidências possibilitou a identificação de 19 instrumentos de avaliação, dos quais, oito escalas e um teste foram reconhecidas como adequadas para avaliar performance de funcionalidade entre idosos em Cuidados Paliativos.

Essa análise possibilitou entender que as escalas de funcionalidade também trazem direcionamentos para melhora da Qualidade de Vida de idosos em Cuidados Paliativos, tornando-se uma alternativa de avaliação quando outros recursos não estiverem disponíveis ou não forem de conhecimento dos profissionais da equipe; ademais, o estudo demonstrou ser praticamente impossível desassociar funcionalidade física de aspectos sociais e psicológicos.

Sendo assim, torna-se eminente a necessidade de verificação da disponibilidade desses instrumentos em português e para a utilização no Brasil e, por conseguinte, novas pesquisas com delineamento metodológico para tradução e validação destes instrumentos a fim de proporcionar ferramentas confiáveis para a avaliação de idosos em cuidados paliativos.

Capacitações da equipe multiprofissional e mudanças na formação profissional são necessárias para viabilizar uma visão ampliada do idoso em Cuidados Paliativos, de modo a direcionar os resultados das escalas para um atendimento humanizado e integral.

## REFERÊNCIAS

- Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor?: estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 07 fev. 2018];31(7):1460-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>
- Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: WHO; 2011.
- Brown RT, Komaiko KD, Shi Y, Fung KZ, Boscardin WJ, Au-Yeung A, et al. Bringing functional status into a big data world: Validation of national veterans affairs functional status data. *PloS ONE* [Internet]. 2017 [acesso em 28 de jun. 2018];12(6):1-9. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0178726>
- Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: ANCP; 2012. p. 23-30.
- Helbostad JL, Holen JC, Jordhoy MS, Ringdal GI, Oldervoll L, Kaasa S. A First step in the development of international self-report instrument for physical functioning in palliative cancer care: a systematic literature review and an expert opinion evaluation study. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(2):195-205.
- Melnyk BM, Fineout-Overhol E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Loannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:1-55.
- Akobeng AK. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):837-40.
- Cardona-Morrell M, Lewis E, Suman S, Haywood C, Williams M, Brousseau AA, et al. Recognising older frail patients near the end of life: What next? *Eur J Intern Med*. 2017;45(1):84-90.
- Talarska D, Pacholska R, Strugała M, WieczorowskaTobis K. Functional assessment of the elderly with the use of EASY-Care Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scand j Caring Sci*. 2016;30(2):419-26.
- Arseven A, Chang CH, Arseven OK, Emanuel LL. *Assessment Instruments*. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(1):121-46
- Steel K, Ljunggren G, Topinkova E, Morris JN, Vitale C, Parzuchowski J, et al. The RAI-PC: an assessment instrument for palliative care in all settings. *Am J Hosp Palliat Med*. 2003;20(3):211-9.
- van Lancker A, Beeckman D, Verhaeghe S, van Den Noortgate N, Grypdonck M, Van Hecke A. An instrument to collect data on frequency and intensity of symptoms in older palliative cancer patients: a development and validation study. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:38-47.
- Hermans K, Spruytte N, Cohen J, Van Audenhove C, Declercq A. Usefulness, feasibility and face validity of the interRAI Palliative Care instrument according to care professionals in nursing homes: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2016;62:90-9.
- Steindal SA, Bredal IS, Ranhoff AH, Sorbye LW, Lerdal A. The last three days of life: a comparison of pain management in the young old and the oldest old hospitalised patients using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care. *Int J Older People Nurs*. 2015;10(4):263-72.
- Freeman S, Hirdes JP, Stolee P, Garcia J, Smith TF, Steel K, et al. Care planning needs of palliative home care clients: development of the interRAI palliative care assessment clinical assessment protocols (CAPs). *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):58-70.
- Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Soveri HF, Gray L, et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):277-86.
- Zimmerman S, Cohen L, van Der Steen JT, Reed D, van Soest-Poortvliet MC, Hanson LC, et al. Measuring end-of-life care and outcomes in residential care/assisted living and nursing homes. *J Pain Symptom Manag*. 2015;49(4):666-79.
- Ozcelik H, Guzel Y, Sonmez E, Aksoy F, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the EORTC QLQ-C15-PAL for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):628-34.
- Hall S, Opio D, Dodd RH, Higginson IJ. Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age Ageing*. 2011;40(4):507-12.
- Henoch I, Axelsson B, Bergman B. The Assessment of Quality of life at the End of Life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care. *Qual Life Res*. 2010;19(5):739-50.
- Granda-Cameron C, Viola SR, Lynch MP, Polomano RC. Measuring patient-oriented outcomes in palliative care: functionality and quality of life. *Clin J Oncol Nurs*. 2008;12(1):65-77.

23. Schleinich MA, Warren S, Nekolaichuk C, Kaasa T, Watanabe S. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals. *Palliat Med.* 2008;22(7):822-30.
24. Brasel KJ. Quality-of-life assessment in palliative care. *Am J Hosp Palliat Med.* 2007;24(3):231-5.
25. Toye C, Walker H, Kristjanson LJ, Popescu A, Nightingale E. Measuring symptom distress among frail elders capable of providing self reports. *Nurs Health Sci.* 2005;7(3):184-91.
26. van Lancker A, Beeckman D, van Den Noortgate N, Verhaeghe S, van Hecke A. Frequency and intensity of symptoms and treatment interventions in hospitalized older palliative cancer patients: a multicentre cross sectional study. *J Adv Nurs.* 2017;73(6):1455-66.
27. Klapwijk MS, Caljouw MA, van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Achterberg WP. Symptoms and treatment when death is expected in dementia patients in long-term care facilities. *BMC geriatrics.* 2014;14(1): 99-111.
28. Hermans K, Mello JDA, Spruytte N, Cohen J, van Audenhove C, Declercq A. A comparative analysis of comprehensive geriatric assessments for nursing home residents receiving palliative care: a systematic review. *J Am Med Dir Ass.* 2014;15(7):467-76.
29. Pautex S, Berger A, Chatelain C, Herrmann F, Zulian GB. Symptom assessment in elderly cancer patients receiving palliative care. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003;47(3):281-6.
30. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):335-42.
31. Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 18 fev. 2018];19(3):507-19. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>
32. Kalache A. Respondendo à revolução da longevidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 18 fev. 2018];19(8):3306. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151001>
33. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciênc Cuid Saúde.* 2017;16(2):1-5.
34. Pedrosa K, Oliveira I, Feijão A, Machado R. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enfermagem* [Internet] 2015 [acesso em 18 fev. 2018];20(4):733-41. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40768/26737>
35. Cameron CG, Viola SR, Lynch P, Polomano RC. Measuring patient-oriented outcomes in palliative care: functionality and quality of life. *Clin J Oncol Nurs.* 2008;12(1):65-77.
36. Brasel KJ. Quality of life assessment in palliative care. *Surg Palliat Care* 2007;24(3):231-5.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
38. Bagueixa MAHL, Pimentel MH, Iglesias MJG. Fragilidade no idoso internado num Serviço de Ortopedia. *Rev Port Ortop Traum* [Internet]. 2017;[acesso em 28 jun. 2018];25(3):173-84. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-21222017000300003&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222017000300003&lng=pt)
39. Shantong J, Pingping L. Current development in elderly comprehensive assessment and research methods. *BioMed Res Int.* 2016:1-10.
40. Norton S, Fu B, Scott DL, Deighton C, Symmons DPM, Wailoo AJ, et al. Health Assessment Questionnaire disability progression in early rheumatoid arthritis: systematic review and analysis of two inception cohorts. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44:131-44.
41. Silva NPO, Martins LJNS, Ferreira BF, Cavalcanti FAC. Correlação entre independência funcional e qualidade de vida de pacientes com esclerose lateral amiotrófica. *Cad Bras Ter Ocup.* 2014;22(3):507-13.
42. Prcic A, Damir A, Osman H. "Sickness Impact Profile (SIP) Score, a Good Alternative Instrument for Measuring Quality of Life in Patients with Ileal Urinary Diversions." *Acta Inform Med.* 2013;21(3):160-5.
43. Vitorino L, Paskulin L, Vianna L. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2013;[acesso em 18 fev. 2018]21(n. esp.):3-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700002)
44. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva B. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):390-7.

Recebido: 27/02/2018

Revisado: 26/07/2018

Aprovado: 06/08/2018

