

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA**

**BRUNA ALVES MORAIS**  
**MARIANA SANTANA RIOS**

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM**  
**CUIDADOS PALIATIVOS**

**UBERLÂNDIA**

**2025**

**Bruna Alves Moraes**

**Mariana Santana Rios**

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM  
CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de  
título de Bacharel no curso de Fisioterapia  
apresentado à Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Maria de Carvalho

Uberlândia

2025

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM  
CUIDADOS PALIATIVOS**

**EVALUATION OF THE FUNCTIONALITY OF PATIENTS HOSPITALIZED IN  
PALLIATIVE CARE**

**Bruna Alves Moraes<sup>1</sup>; Mariana Santana Rios<sup>1</sup>; Eliane Maria de  
Carvalho<sup>2</sup>**

**1 - Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia.**

**2 - Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia.**

**Autor Correspondente: Eliane Maria de Carvalho, Faculdade de Educação Física  
e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Rua Benjamin  
Constant n.º 1286 – Bairro Aparecida. CEP: 38400-678 Uberlândia - MG, Brasil.  
E-mail: elianemc@ufu.br. Tel.: (+5534) 99962017**

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar!

Fontes de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação De Amparo à Pesquisa Do Estado De Minas Gerais (FAPEMIG).

## Resumo

**Introdução:** Os Cuidados Paliativos são uma abordagem de promoção de bem-estar diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, promovendo conforto físico e emocional. A ausência de funcionalidade promove complicações de redução no bem-estar dos pacientes, como a impossibilidade de deambular sem auxílio, impactando diretamente na capacidade de promover o autocuidado, independência nas atividades de vida diárias e socialização. **Objetivo:** Analisar o impacto na funcionalidade causado pela imobilidade, presença de recursos invasivos e sedativos em pacientes sob cuidados paliativos. **Métodos:** Pesquisa retrospectiva, quantitativa e qualitativa, com 1381 pacientes com idade superior a 18 anos, incluídos no plano de cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Nessa análise de prontuário eletrônico foram coletados: sinais vitais, sedação, ventilação, sondas vesical e de alimentação e funcionalidade pela escala Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS). **Resultados:** Foram analisados 1381 prontuários, sendo 738 homens e 623 mulheres. A idade média foi  $65,5 \pm 15,5$  anos no sexo feminino e  $66,5 \pm 15,1$  no sexo masculino. Observou-se que 984 pacientes apresentavam valor de IMS entre 0 e 2; 45 pacientes IMS de 3 a 6 e 181 pacientes IMS de 7 a 10. O tempo até a avaliação da equipe de cuidados paliativos foi, em média, de  $17,0 \pm 28,4$  dias, evidenciando que, em muitos casos, a inserção no programa ocorre tardiamente. Quanto ao desfecho clínico, foram de alta hospitalar 506 e evoluíram para óbito 855 pacientes. **Conclusão:** A média de idade foi similar em ambos os sexos. A funcionalidade avaliada pelo IMS identificou que teve maior incidência em pacientes restritos ao leito, possivelmente pela gravidade dos pacientes ou nível de sedação. Entretanto, é importante ressaltar que foram observadas falta de algumas informações nos prontuários. Pretende-se com essa pesquisa, sugerir avaliação padronizada para avaliar a funcionalidade.

**Palavras-chaves:** Cuidados paliativos. Funcionalidade. Fisioterapia. Ambiente hospitalar.

## **Abstract**

**Introduction:** Palliative Care is an approach to promote well-being in the face of life-threatening illnesses, promoting physical and emotional comfort. The lack of functionality promotes complications that reduce patients' well-being, such as the inability to walk without assistance, directly impacting the ability to promote self-care, independence in activities of daily living and socialization. **Objective:** To analyze the impact on functionality caused by immobility, presence of invasive resources and sedatives in patients undergoing palliative care. **Methods:** Retrospective, quantitative and qualitative research, with 1381 patients over 18 years of age, included in the palliative care plan admitted to the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia (HC-UFU). In this analysis of electronic medical records, the following were collected: vital signs, sedation, ventilation, urinary and feeding tubes and functionality using the Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS). **Results:** A total of 1,381 medical records were analyzed, of which 738 were men and 623 were women. The mean age was  $65.5 \pm 15.5$  years in women and  $66.5 \pm 15.1$  in men. It was observed that 984 patients had an IMS value between 0 and 2; 45 patients had an IMS of 3 to 6; and 181 patients had an IMS of 7 to 10. The time until evaluation by the palliative care team was, on average,  $17.0 \pm 28.4$  days, showing that, in many cases, inclusion in the program occurs late. Regarding the clinical outcome, 506 patients were discharged from hospital and 855 died. **Conclusion:** The mean age was similar in both sexes. Functionality assessed by the IMS identified a higher incidence in patients confined to bed, possibly due to the severity of the patients' condition or level of sedation. However, it is important to highlight that some information was missing from the medical records. The aim of this research is to suggest a standardized assessment to evaluate functionality.

**Key words:** Palliative care, functionality, physiotherapy, hospital environment

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos têm evoluído significativamente ao longo dos anos. O conceito foi ampliado, priorizando a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com avaliação precoce e manejo adequado dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Essa abordagem deve ser iniciada desde o diagnóstico e se estender até o luto.<sup>1</sup> Além disso, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) destacou a centralidade do paciente e da família, com foco na dignidade e no suporte integral, promovido por uma equipe multiprofissional.<sup>2</sup>

Nove princípios fundamentais regem os cuidados paliativos. O primeiro princípio diz respeito a avaliar e promover alívio da dor e de outros sintomas que comprometem o bem-estar, utilizando abordagens farmacológicas e não farmacológicas. O segundo reconhece a morte como um processo natural da vida, sem banalizar, valorizando o tempo de vida restante com decisões que sejam significativas durante esse momento. O terceiro estabelece que as medidas não devem acelerar nem adiar a morte, mas decidir com base na avaliação cuidadosa e relação empática. O quarto destaca a importância de integrar os aspectos psicológicos e espirituais do paciente, oferecendo apoio diante das emoções e perdas vivenciadas nesse período. O quinto propõe a criação de um sistema que permita ao paciente viver de forma ativa até seus últimos dias de vida, evitando intervenções desnecessárias.<sup>2</sup>

Na sequência, o sexto princípio amplia esse suporte aos familiares durante todo o processo da doença e também no enfrentamento ao luto. O sétimo enfatiza a equipe multiprofissional, que deve estar atenta às necessidades dos pacientes e seus familiares, inclusive após a morte. O oitavo visa melhorar a qualidade de vida promovendo uma abordagem holística, respeitando os desejos do paciente e favorecendo uma vivência mais digna ao longo da doença. Por último, o nono princípio reforça que os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente, em combinação com outros tratamentos que visam prolongar a vida, baseados em uma avaliação completa, com foco no bem-estar do paciente em todas as fases da doença.<sup>2</sup>

Diante da complexidade das necessidades que envolvem o cuidado de pacientes com doenças ameaçadoras da vida, que abrangem dimensões físicas,

emocionais e espirituais, torna-se imprescindível a atuação de uma equipe multiprofissional. Essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas e assistentes espirituais.<sup>2</sup>

A Assembleia Mundial da Saúde publicou em 2014 a Resolução 67.19, devido à necessidade de atribuir os cuidados paliativos aos sistemas nacionais de saúde e promovendo atenção global, direcionada à Atenção Básica e no atendimento domiciliar. Essa recomendação é afetada por fatores geográficos, sociais, econômicos, políticos e ambientais, que limitam em todo o mundo as desigualdades de cuidados paliativos.<sup>3</sup>

A resolução visa provocar cuidados ideais aos pacientes, porém, sua implementação enfrenta barreiras estruturais, como a desigualdade financeira entre os países. Essa situação é perceptível no Brasil, classificado pela OMS no nível de desenvolvimento que é caracterizado por provisão generalizada com nível de renda médio a superior, o que significa que os serviços existem de forma desestruturada, representando uma realidade recorrente na metade da população mundial, que transitam por diretrizes divergente aos cuidados paliativos. Entretanto, nações com rendas baixa e média concentram 80% da população que necessita de cuidados paliativos.<sup>3</sup>

Dentro do contexto dos cuidados paliativos, eles são indicados para pacientes com doenças progressivas e incuráveis, que frequentemente enfrentam sintomas e desconfortos que exigem uma abordagem especializada. Entre os casos que demandam a prática paliativa, encontram-se pacientes com câncer metastático ou inoperável, doenças cardiovasculares, como a insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que causam dor e dispneia intensa, além de condições como demência avançada, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), idosos frágeis com síndromes específicas, pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo ou com doenças hepáticas, cujas condições se agravam ao longo do tempo.<sup>2</sup>

A avaliação da funcionalidade é um elemento fundamental na estimativa do prognóstico em pacientes em cuidados paliativos. Fatores clínicos, como a presença de sintomas como confusão mental, redução da ingestão alimentar e dispneia em repouso, têm sido amplamente utilizados para prever desfechos como a mortalidade.



No entanto, a presença de qualquer sintoma não é determinante para estimar o prognóstico, visto que a experiência de cada manifestação clínica pode variar de acordo com as características subjetivas e individuais dos pacientes.<sup>4</sup> Assim, a funcionalidade, medida pela capacidade de realizar atividades de vida diária, torna-se componente importante no planejamento do plano de cuidados.

Diante do exposto, este trabalho se propôs a avaliar a funcionalidade de pacientes sob cuidados paliativos, por meio da análise de dados dos prontuários do hospital, com o objetivo de realizar um levantamento epidemiológico, clínico e dos graus de mobilidade e dependência desses indivíduos, a fim de contribuir para o fortalecimento da abordagem multiprofissional voltada à preservação da autonomia e dignidade.

## **JUSTIFICATIVA**

Dentre os poucos estudos relacionados às perdas da funcionalidade, um componente importante da qualidade de vida, observa-se comprometido em pacientes com doenças graves, como a restrições nas atividades cotidianas. Por isso, é fundamental que a equipe de profissionais da saúde tenha o objetivo de averiguação para que possa intervir ativamente o quanto antes. Além disso, entender os níveis de funcionalidade desses pacientes pode colaborar com a organização dos serviços de saúde, otimizando recursos e fortalecendo o papel da fisioterapia.

Os eventos adversos intrínsecos ao tratamento que não tem fins curativos, tem o intuito de produzir uma melhora significativa no alívio dos sintomas, na funcionalidade, na qualidade de vida, porém, ainda não tem muitas evidências científicas na área. Pesquisas devem buscar assistência para que garanta a identificação de técnicas terapêuticas de modo a promover a dignidade ao paciente. Neste sentido, vale ressaltar que esta pesquisa busca investigar informações específicas, melhorando a qualidade do planejamento do tratamento prescrito prestado aos enfermos.

A pesquisa justifica-se pela crescente atenção aos cuidados paliativos, ainda são escassos os estudos que avaliam sistematicamente a funcionalidade nessa população, especialmente com instrumentos validados que possibilitem acompanhamento ao longo do tempo e auxiliem nas tomadas de decisões clínicas

interdisciplinares, além da necessidade de aumentar a percepção sobre a importância da atuação fisioterapêutica e promover a dignidade humana, auxiliar na manutenção do auto cuidado e funcionalidade dentro do quadro atual da doença e readequação a cada piora do paciente. Manter o foco nos objetivos e desejos do paciente, o que ele valoriza e é importante para ele no momento.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo com abordagem metodológica quantitativa-qualitativa realizado por meio de consulta de prontuários de pacientes no período de setembro de 2024 a março de 2025 do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número 6.904.432.

Dos 1482 pacientes que estiveram internados, foram avaliados e classificados como pacientes em cuidados paliativos pela Comissão de cuidados paliativos, no período de abril de 2019 a junho de 2024, 1381 foram incluídos na amostra devido aos critérios de exclusão que serão descritos posteriormente. Foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados foram coletados de maneira padronizada e confidencial.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade superior a 18 anos, diagnosticados com qualquer doença grave, progressiva e que ameaça a vida, em cuidados paliativos no HC-UFU, incluindo aqueles que receberam alta hospitalar para continuidade da assistência domiciliar por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Os pacientes que não estão em cuidados paliativos ou menores de 18 anos foram excluídos desta pesquisa.

Os prontuários foram analisados por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) para obtenção de dados epidemiológicos e clínicos dos pacientes, incluindo idade, doença pregressa, comorbidades, presença ou ausência de atendimento fisioterapêutico, medidas adotadas nos cuidados paliativos, e parâmetros clínicos, como pressão arterial, necessidade suporte ventilatório, tipo e via de alimentação, uso de sondas para drenagem gastrointestinal e vesical, uso de sedativos, nível de consciência e

funcionalidade.

O nível de consciência foi coletado conforme estava nos prontuários. Foi usada a pontuação da Escala de Coma de Glasgow, quando presente, ou outra descrição clínica registrada.

A funcionalidade foi avaliada pela escala Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS), na versão traduzida e adaptada, com base nos dados e informações provenientes dos prontuários. A pontuação varia de zero a dez, de modo que zero representa a mobilidade mínima, enquanto dez indica o máximo de independência funcional, incluindo a capacidade de deambular sem auxílio.<sup>5</sup>

### **Avaliação da Funcionalidade**

Nesse contexto, a funcionalidade é compreendida, segundo a CIF, como o conjunto das funções corporais e da capacidade do indivíduo de executar atividades diárias relevantes da rotina, além de sua participação na sociedade. Já a incapacidade refere-se às diferentes manifestações de uma condição de saúde, incluindo prejuízos nas funções do corpo, dificuldades na execução de atividades e limitações na interação social.<sup>6</sup>

A Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS) é uma ferramenta que avalia o nível de mobilidade de pacientes críticos, sendo um importante indicador de funcionalidade no ambiente hospitalar.<sup>5</sup> Embora tenha como foco principal a mobilidade, ela reflete diretamente a capacidade do indivíduo de realizar atividades de vida diária. Apesar de não ter sido criada especificamente para o contexto dos cuidados paliativos, sua aplicação mostra-se relevante para o acompanhamento da capacidade funcional, visto que compreender a mobilidade permite o planejamento de intervenções que respeitem os limites e desejos do paciente, promovendo maior autonomia possível e qualidade de vida.

A Escala IMS varia de 0 a 10, em que 0 indica ausência de movimento ativo e 10 corresponde à deambulação independente, sem qualquer tipo de auxílio. Essa classificação permite a elaboração de planos terapêuticos individualizados, com metas baseadas na capacidade funcional atual do paciente.<sup>7</sup>

O paciente classificado com IMS 0 não é capaz de realizar comandos, uma vez que permanece restrito ao leito e depende da equipe hospitalar para qualquer movimentação. Dessa forma, recomenda-se a realização de sedestação, ao menos

duas vezes ao dia, com duração de quinze a trinta minutos.<sup>7</sup>

A classificação 1 representa os pacientes que realizam movimentos ativos, como ponte, rolar de um lado ao outro, sedestação à beira leito, logo, sem sair do local. A pontuação 2 o paciente consegue através de um guincho se transferir do leito para uma cadeira sem realizar ortostatismo ativo, nesses casos o plano de tratamento poderia durar por 30 minutos com exercícios ativos.<sup>7</sup>

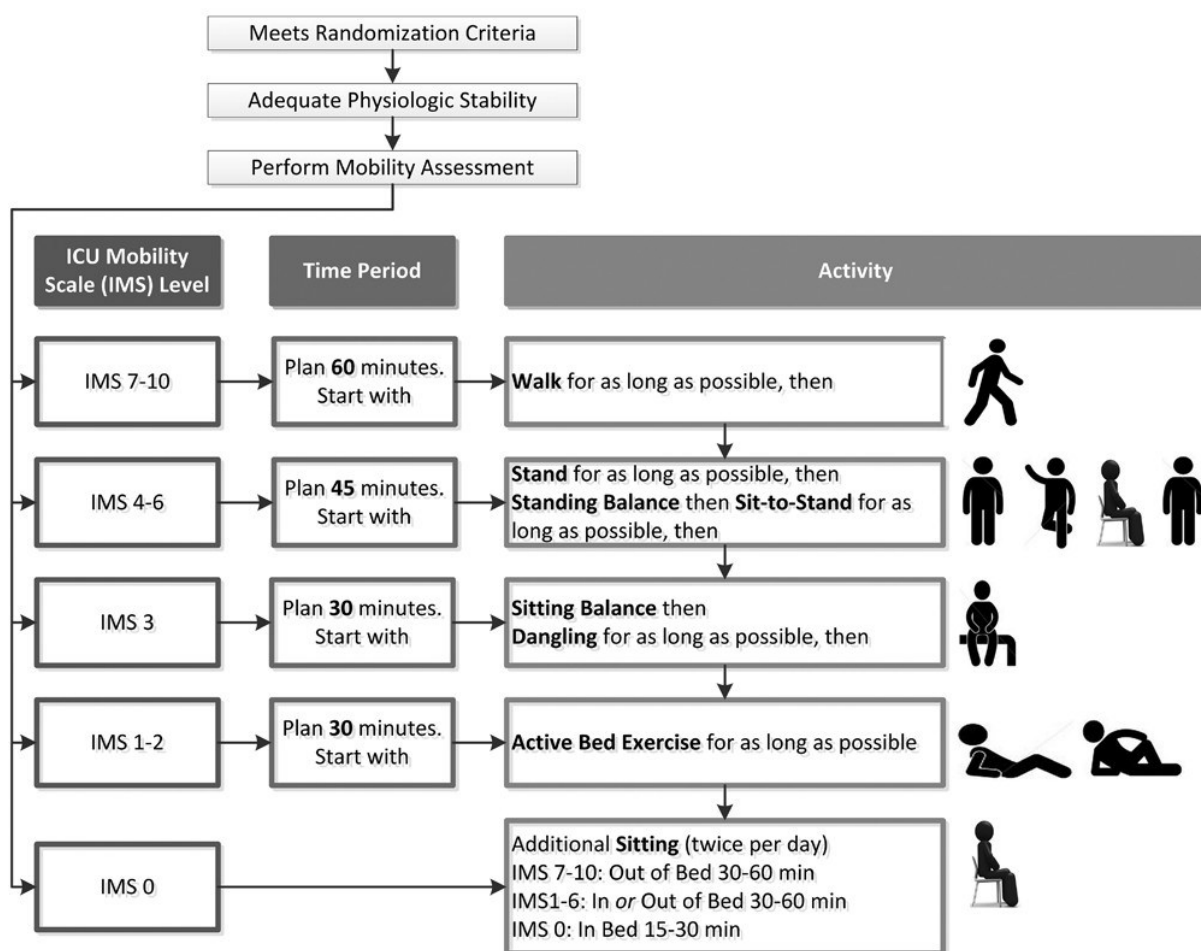
Na classificação 3, o indivíduo é capaz de manter-se na posição sentada sem auxílio, apresentando controle razoável do tronco, sendo possível induzir instabilidades com o objetivo de avaliar e treinar esse controle.<sup>7</sup>

No item 4, observa-se a capacidade de realizar ortostatismo, com ou sem o auxílio de outra pessoa, desde que haja sustentação sobre os próprios pés. Já no item 5, verifica-se a possibilidade de realizar alguns passos em curta distância, permitindo a transferência de um local para outro. No item 6, o paciente é capaz de executar, no mínimo, quatro passos de marcha estacionária. Nesses casos, recomenda-se que o paciente permaneça em pé pelo maior tempo possível dentro de um período de 45 minutos.<sup>7</sup>

Em um percurso de 5 metros, o paciente deve realizar a tarefa de deambular nos itens adiante. Na classificação 7, observa-se a capacidade de deambular com o auxílio de duas pessoas. Em comparação, no item 8, o indivíduo necessita do apoio de apenas uma pessoa para executar essa ação. No item 9, a tarefa é realizada de forma independente, porém com o uso de um dispositivo auxiliar de marcha. Por fim, no item 10, observa-se uma marcha independente, sem apoio ou auxílio. Logo, deve-se ser indicado essa movimentação por 60 minutos ou o máximo que conseguir durante o dia.<sup>7</sup>

Essas tarefas são propostas para pacientes hospitalizados, no entanto, em pacientes paliativos, geralmente esse tempo proposto de atividade para cada nível de IMS dificilmente será alcançado conforme a condição clínica do paciente.

## Early Goal Directed Mobilization



Estratégias de mobilização precoce direcionado a objetivos de alcançar condições vitais estáveis, por meio da avaliação da equipe de saúde e aplicação da escala de mobilidade da UTI (IMS) e planejamento de condutas realizado pelo maior tempo possível de exercício ao nível mais alto da IMS. (Figura 1 - Estratégias de mobilização. Referência: 7.)

O exame físico qualitativo engloba a avaliação do estado geral do paciente, um aspecto fundamental presente nas evoluções clínicas observadas durante a pesquisa. Neste contexto, a classificação é definida como, bom estado geral (BEG), estado geral regular (REG) ou mau estado geral (MEG), tem relevância, pois identifica o impacto da patologia principal no cotidiano do paciente. Esse exame permite observar como a condição clínica do indivíduo pode interferir em diversas funções, como fala, humor, mobilidade e nível de consciência, aspectos essenciais para a compreensão do quadro clínico individualizado e integral. Dessa forma, a avaliação torna-se um indicador crucial no monitoramento da evolução da doença, contribuindo

significativamente para o planejamento terapêutico e o acompanhamento do progresso do paciente.<sup>8</sup>

As estratégias cinesioterapêuticas, quando aplicadas em protocolos que visam manter a força muscular ou retardar a perda de força e funcionalidade, promovem, de maneira associada, maior funcionalidade e independência tanto durante o período de internação quanto após a alta médica. Isso deve-se ao fato de que tais estratégias exigem a ativação muscular promovida pelo próprio paciente, o qual necessita de estabilidade hemodinâmica e de consciência plena para realizar as tarefas propostas. Como resultado, há um possível ganho de força muscular e a redução das complicações relacionadas à internação, além de proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida. Em pacientes, a continuidade de mobilizações, mesmo que realizadas em posição de sedestação, exerce uma influência positiva no tempo de internação, contribuindo para a manutenção da mobilidade e bem-estar durante o processo de avanço da doença.<sup>9</sup>

No ano de 1974, os professores de neurocirurgia Graham Teasdale e Bryan Jennett desenvolveram a Escala de Coma de Glasgow, um instrumento clínico que é amplamente reconhecido e utilizado mundialmente. A criação dessa escala surgiu a partir da necessidade da equipe de multiprofissionais dispor de um método padronizado, objetivo e confiável para avaliar o nível de consciência de indivíduos que apresentavam comprometimentos neurológicos, logo, a proposta central da escala era proporcionar uma ferramenta para distinguir entre condições reversíveis e irreversíveis, servindo como base para monitoramento da evolução clínica do paciente e comunicação eficaz entre profissionais da saúde em diferentes contextos hospitalares e de pesquisa.<sup>10</sup>

A Escala de Coma de Glasgow é composta por três componentes fundamentais: resposta ocular, resposta verbal e resposta motora, os quais permitem uma avaliação coerente com a condição de saúde dos pacientes.<sup>10</sup>

No componente de abertura ocular, avalia-se a capacidade do paciente de abrir os olhos de forma espontânea, em resposta a um comando verbal, ou mediante estímulo doloroso como por meio de manobras específicas, como pressão na região supraorbital ou esternal. Caso o paciente não apresente abertura ocular em nenhuma dessas condições, classifica-se como ausente.<sup>10</sup>

Na resposta verbal, investiga-se o grau de orientação do paciente quanto a aspectos como tempo, espaço e pessoa. A resposta é adequada quando o paciente demonstra plena orientação. Logo, a confusão mental, há um discurso desorganizado ou incoerente. Em níveis mais graves, o paciente pode apresentar emissão de palavras desordenadas, sons incompreensíveis ou estar completamente ausente de resposta verbal.<sup>10</sup>

A resposta motora é avaliada com base na capacidade do paciente de obedecer a comandos ligados a movimentos do cotidiano. Na ausência de resposta voluntária, observa-se se o paciente é capaz de localizar o estímulo doloroso. Outros níveis incluem resposta de flexão normal, flexão anormal (decorticação), extensão anormal, por fim, a ausência de resposta motora, mesmo diante de estímulos nociceptivos.<sup>10</sup>

Escala de Coma de Glasgow, são considerados os pontos individuais atribuídos a cada um dos três parâmetros. A pontuação final, que pode variar de 3 a 15 pontos, é calculada pela soma dos valores obtidos em cada item. Uma pontuação de 3 representa a mais inferior condição neurológica, enquanto 15 pontos indicam o melhor nível de consciência avaliado pelos profissionais de saúde.<sup>10</sup>

A literatura refere que há divergências entre conselhos com a sedação paliativa, visto que, pode ser confundida com eutanásia ou como um ato de misericórdia. Logo, é afetada pela ausência de definições e orientações aos profissionais e aos envolvidos. A definição de eutanásia é um “substantivo feminino [Medicina], ação de provocar morte (indolor) a um paciente atingido por uma doença sem cura que causa sofrimento e/ou dor insuportáveis”<sup>11</sup>, ou seja, tem a intenção de cessar a vida do paciente com o uso de fármacos letais, já a sedação paliativa é usado uma dose adequada com finalidade de promover alívio aos sintomas intermitente, reduzir o sofrimento refratário, entretanto, há efeitos adversos com a perda da capacidade de interação social, logo, há um planejamento antecipado da equipe multiprofissional, familiares ou responsáveis e o próprio paciente com a necessidade de prever intercorrências prévias.<sup>12</sup>

A administração da sedação paliativa deve ser realizada de maneira criteriosa pela equipe médica, considerando-se a condição clínica do paciente e respeitando a

dosagem em relação à intensidade dos sintomas apresentados. A escolha do fármaco deve estar em consonância com o objetivo terapêutico pretendido, assegurando a eficácia da sedação no controle do sintoma predominante, como dores insuportáveis ou danos psiquiátricos. Além disso, é fundamental observar o princípio do escalonamento farmacológico, priorizando intervenções gradativas e adequadas à resposta clínica, de forma a garantir a segurança e o conforto do paciente.<sup>13</sup>

### **Análise estatística**

A tabulação dos dados foi realizada no programa Microsoft Office Excel para posterior análise estatística. Os dados estão apresentados em média  $\pm$  desvio padrão ou n (%) para as variáveis categóricas. Foi utilizado coeficiente de Spearman para correlação. Considerado correlação:  $|\rho| < 0.3$  (fraca),  $0.3 \leq |\rho| < 0.7$  (moderada),  $|\rho| \geq 0.7$  (forte). Direção:  $\rho > 0$  (positiva),  $\rho < 0$  (negativa),  $\rho = 0$  (nula). Foi utilizado ANOVA e teste post-hoc de Tukey. E método visual com Boxplots com identificação de outliers em vermelho. Foi considerado  $p \leq 0,05$ .

## **RESULTADOS**

No período analisado foram avaliados 1482 pacientes e classificados em cuidados paliativos, foram excluídos 101 prontuários com idade inferior a 18 anos, totalizando a amostra de 1381 prontuários. Dos pacientes incluídos, 623 eram mulheres e 758 homens. A média de idade encontrada nas mulheres foi de  $65,5 \pm 15,5$  anos e  $66,5 \pm 15,1$  anos nos homens. O tempo até a avaliação da equipe de cuidados paliativos foi, em média, de  $17,0 \pm 28,4$  dias, indicando grande variabilidade.

Quanto à evolução clínica, 855 foram a óbito e 506 evoluíram com alta, sendo estes distribuídos da seguinte forma: com ou sem necessidade de suporte de assistência domiciliar (SAD), encaminhados para outro hospital, encaminhados para oncologia, transferidos para outra cidade.

Foram obtidos dados referentes à última aferição de pressão arterial realizada pela equipe de saúde. A pressão arterial sistólica média das mulheres foi de  $103,5 \pm 30,0$  mmHg e  $101,6 \pm 31,3$  nos homens e a pressão arterial diastólica média das mulheres foi de  $60,7 \pm 19,2$  mmHg e  $59,6 \pm 20,1$  nos homens. Não foram identificadas



diferenças estatisticamente significativas entre os sexos feminino e masculino em relação aos níveis de pressão arterial.

A grande maioria dos pacientes apresentou comorbidades, sendo as categorias 1 e 2 as mais prevalentes, principalmente devido à alta incidência de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. Destaca-se que um mesmo paciente apresentou mais de uma comorbidade, pertencente a diferentes categorias, o que justifica a soma das frequências ser superior ao total da amostra. A distribuição das comorbidades foi agrupada em cinco categorias principais como mostra o gráfico abaixo.

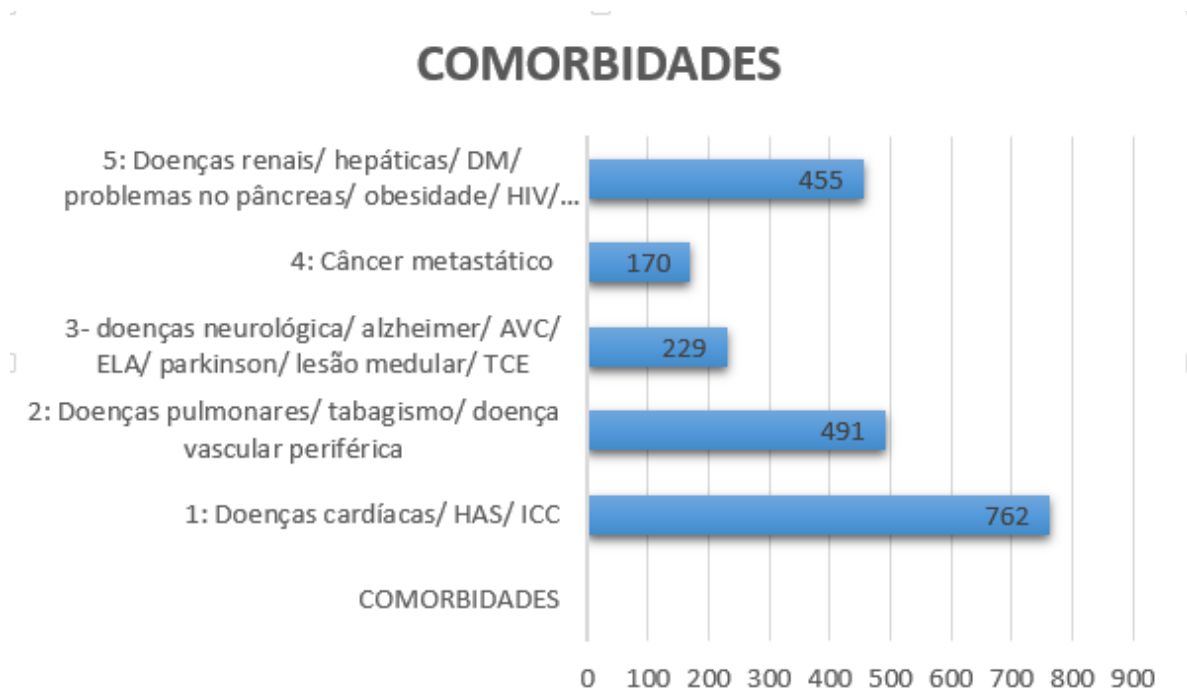


Figura 2 - Relação das comorbidades por agrupamento.

A distribuição de pacientes nos setores do hospital localizou principalmente no pronto-socorro (692), sala de emergência (214), clínica médica (164), UTI geral (138), clínica cirúrgica 2 (114), clínica cirúrgica 1 (113), unidade coronariana (46), infectologia (29), UTI COVID-19 (17), oncologia (10), neurologia (6), com a média de idade inferior a 75 anos, unidade AVC (48) com a média de idade superior a 75 anos.

Para uma análise visual detalhada da distribuição etária dos pacientes em cuidados paliativos, estratificada por diferentes características clínicas e administrativas. Os boxplots foram organizados em grupos temáticos para permitir

uma comparação dos padrões etários entre categorias relacionadas, revelando possíveis associações entre idade e diferentes aspectos do cuidado paliativo. Os dados foram organizados em seis grupos temáticos para melhor visualização. Com identificação de outliers em vermelho. Escala padronizada de 0-100 anos para facilitar comparações. Utilizado mediana, intervalo interquartil e valores extremos, a fim de identificar padrões de distribuição etária específicos para cada categoria.

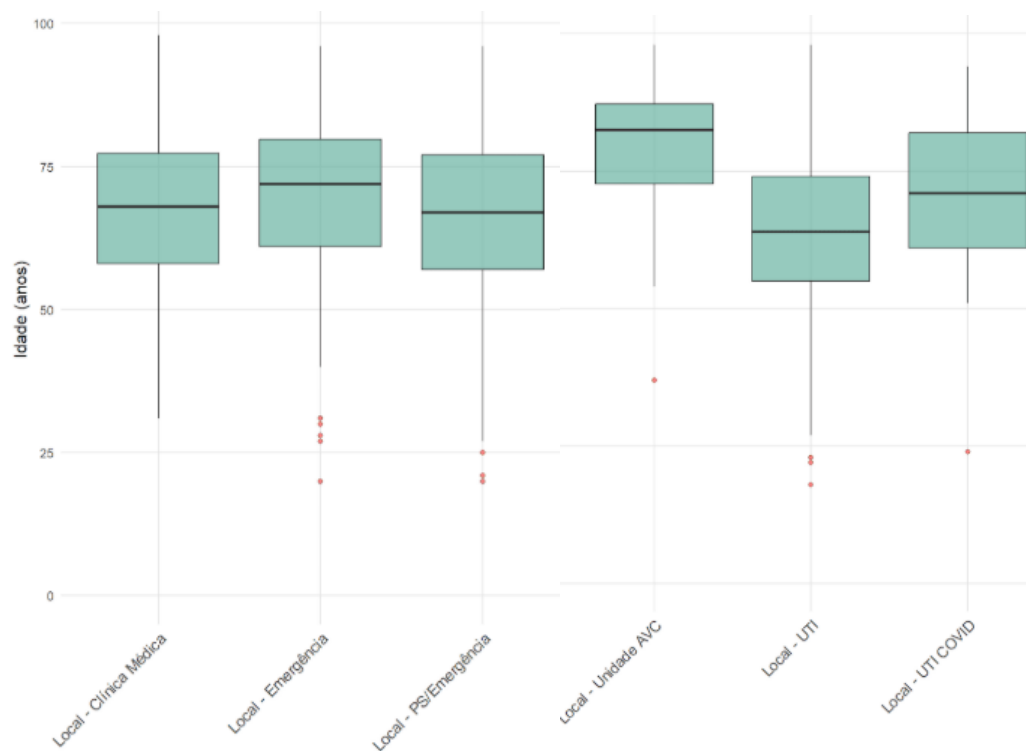


Figura 3 - Distribuição de idade por locais de internação.

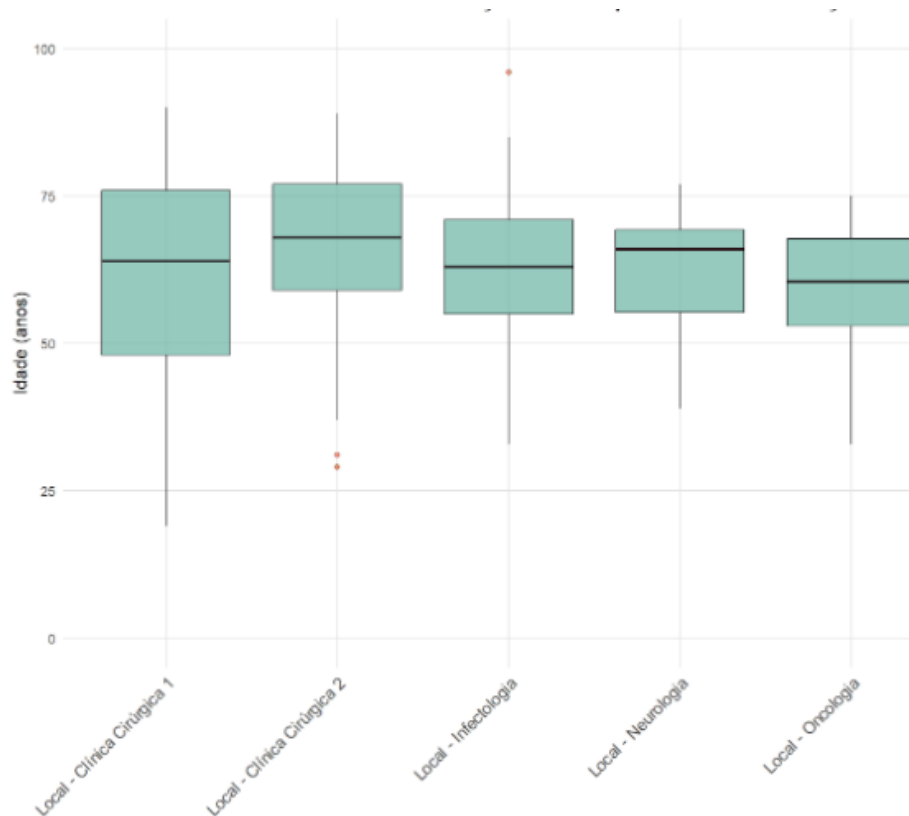


Figura 4 - Distribuição de idade por locais de internação

Na avaliação da funcionalidade pela escala IMS, os níveis mais recorrentes foram: o nível 0 totalizando 913 pacientes, seguido por 171 pessoas com IMS não identificado devido à ausência de dados nos prontuários, sucessivamente o nível 10 com 100 indivíduos, enquanto os demais níveis não tiveram um número significativo.

A tabela 1 apresenta uma análise da mobilidade funcional dos pacientes utilizando a escala IMS (Independence Mobility Score) distribuído pela capacidade funcional, sexo e desfecho.

Tabela 1 - Avaliação da mobilidade funcional (Escala IMS)

Variável	Feminino	Masculino	Alta	Óbito	Total
<b>Distribuição por nível IMS</b>					
IMS não identificado	80 (46.8%)	91 (53.2%)	105 (61.4%)	64 (37.4%)	171 (12.4%)
Nível 0 - Repouso absoluto no leito	399 (43.7%)	514 (56.3%)	159 (17.4%)	740 (81.1%)	913 (66.1%)
Nível 1 - Atividades no leito	30 (50.0%)	30 (50.0%)	34 (56.7%)	25 (41.7%)	60 (4.3%)
Nível 2 - Transferência passiva para cadeira	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (100.0%)	0 (0.0%)	11 (0.8%)
Nível 3 - Sentado à beira do leito	16 (66.7%)	8 (33.3%)	17 (70.8%)	6 (25.0%)	24 (1.7%)
Nível 4 - Ortostatismo	2 (33.3%)	4 (66.7%)	6 (100.0%)	0 (0.0%)	6 (0.4%)
Nível 5 - Transferência ativa do leito para cadeira	8 (57.1%)	6 (42.9%)	13 (92.9%)	1 (7.1%)	14 (1.0%)
Nível 6 - Marcha estacionária	1 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)
Nível 7 - Deambulação com auxílio de duas ou mais pessoas	0 (0.0%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	2 (0.1%)

Variável	Feminino	Masculino	Alta	Óbito	Total
Nível 8 - Deambulação com auxílio de uma pessoa	21 (42.0%)	29 (58.0%)	43 (86.0%)	5 (10.0%)	50 (3.6%)
Nível 9 - Deambulação independente com dispositivo	14 (48.3%)	15 (51.7%)	27 (93.1%)	2 (6.9%)	29 (2.1%)
Nível 10 - Deambulação independente sem dispositivo	44 (44.0%)	56 (56.0%)	88 (88.0%)	12 (12.0%)	100 (7.2%)

Contudo, o resultado principal destacou que os pacientes com IMS entre 0 e 2 (984) necessitam de dependência total para desempenho funcional, de 3 a 6 (45) precisam de dependência parcial para realizar tarefas do cotidiano, de 7 a 10 (181) são considerados independentes.

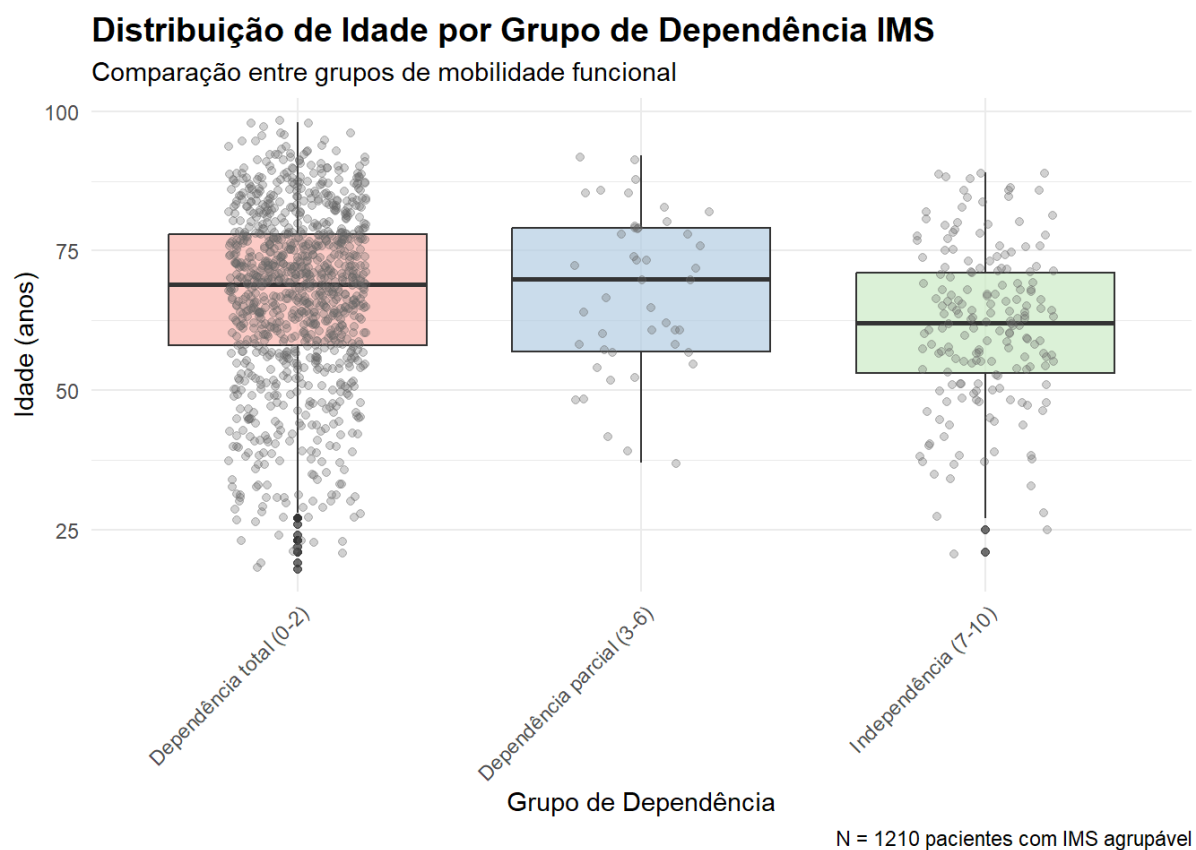


Figura 5 - Avaliação da mobilidade funcional por grau de dependência (Escala IMS)

O presente estudo mostrou que 595 pacientes estavam sob uso de sedativos, muitas vezes associados com mais de um fármaco, sendo os principais: Fentanil (276), Midazolam (192) e Morfina (186).

Os níveis de consciência coletados foram classificados como comatoso, acordado, sedado e confuso, além da pontuação da escala de Glasgow quando constava no prontuário. Essas informações foram comparadas com o IMS.

Considerando apenas os pacientes classificados pela escala de Glasgow, observou-se que pacientes com menores escores de Glasgow apresentaram

menores níveis de funcionalidade.

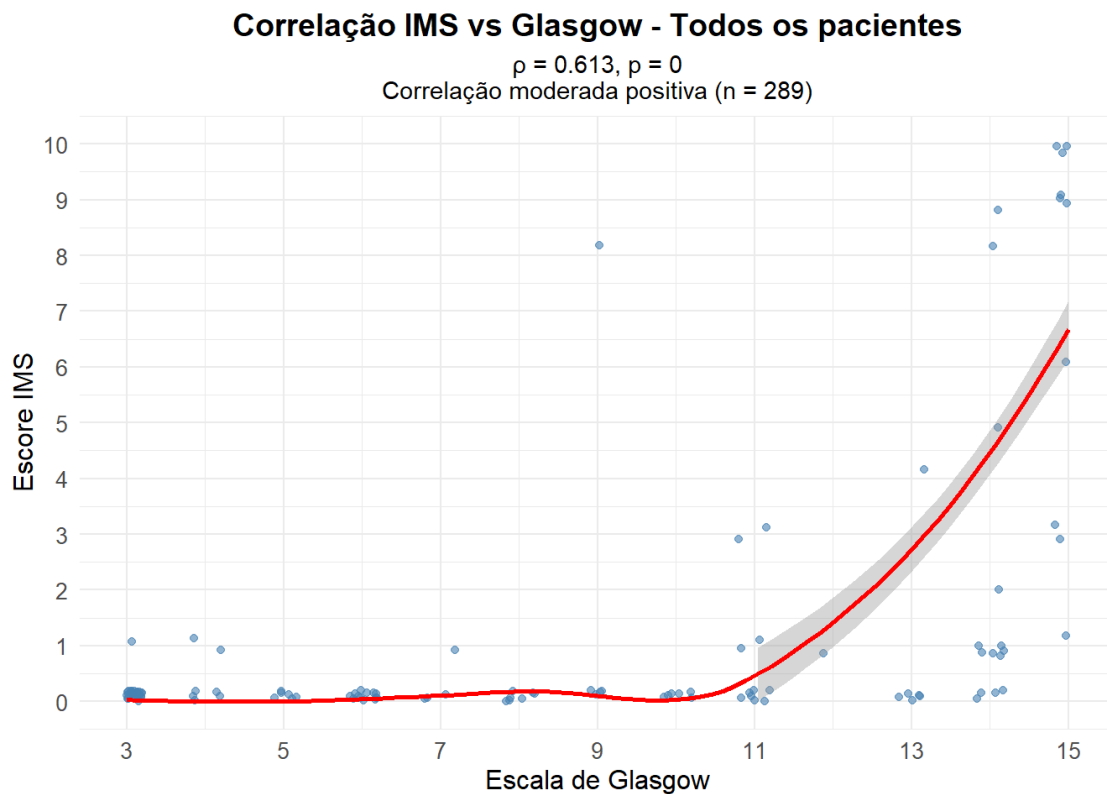


Figura 6 - Correlação entre a Escala de Glasgow e a mobilidade funcional

Os achados demonstram uma variação de denominações para categorizar o modelo de cuidado com o objetivo para determinar o plano terapêutico, dentre elas, promover alívio de sofrimento e garantir controle de dor (373), cuidados exclusivos (232), resposta à recomendação da comissão (225), restrição de medidas (196), proporcionais (92), pleno (63), serviço de atenção domiciliar (SAD) (52), primeira linha paliativa (12), restrição de medidas invasivas (6).

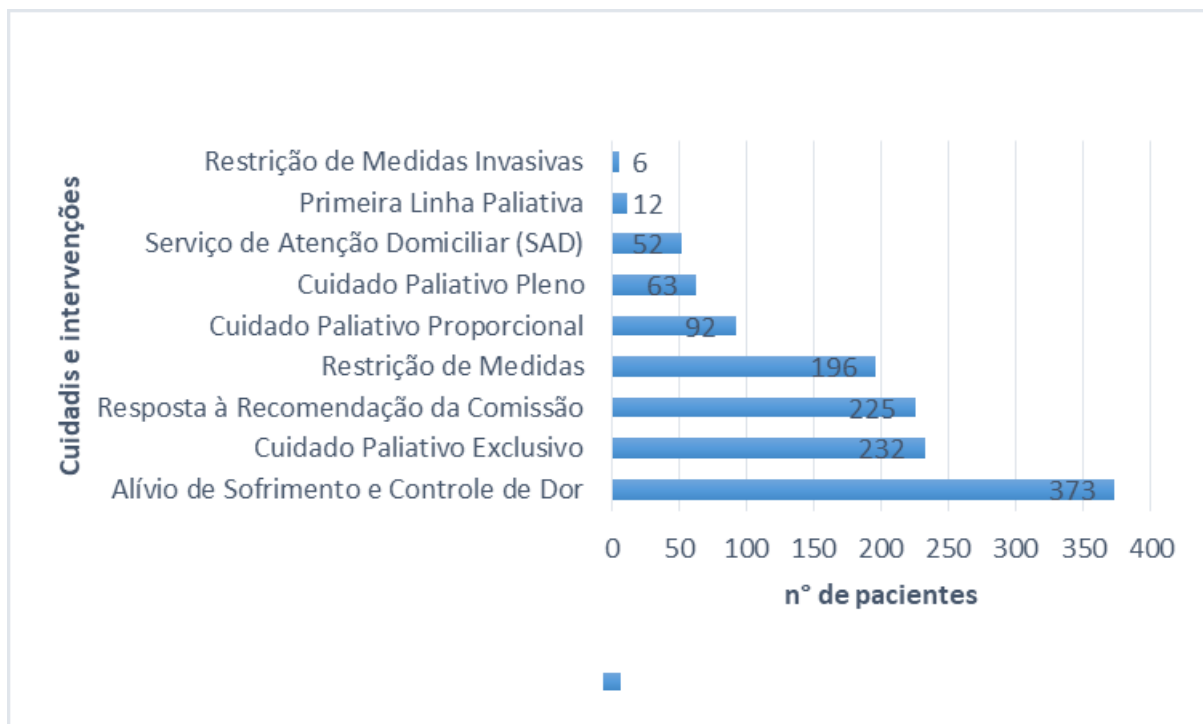


Figura 7 - Nomenclatura utilizada nos prontuários para classificar o tipo de cuidados paliativos

Analisando a associação da escala de Glasgow e o tipo de cuidado, o cuidado exclusivo e proporcional pontuaram abaixo de 5, enquanto o cuidado pleno, alívio de sofrimento, restrição de medidas e restrição de medidas invasivas pontuaram acima de 5, a primeira linha paliativa pontuou acima de 9.



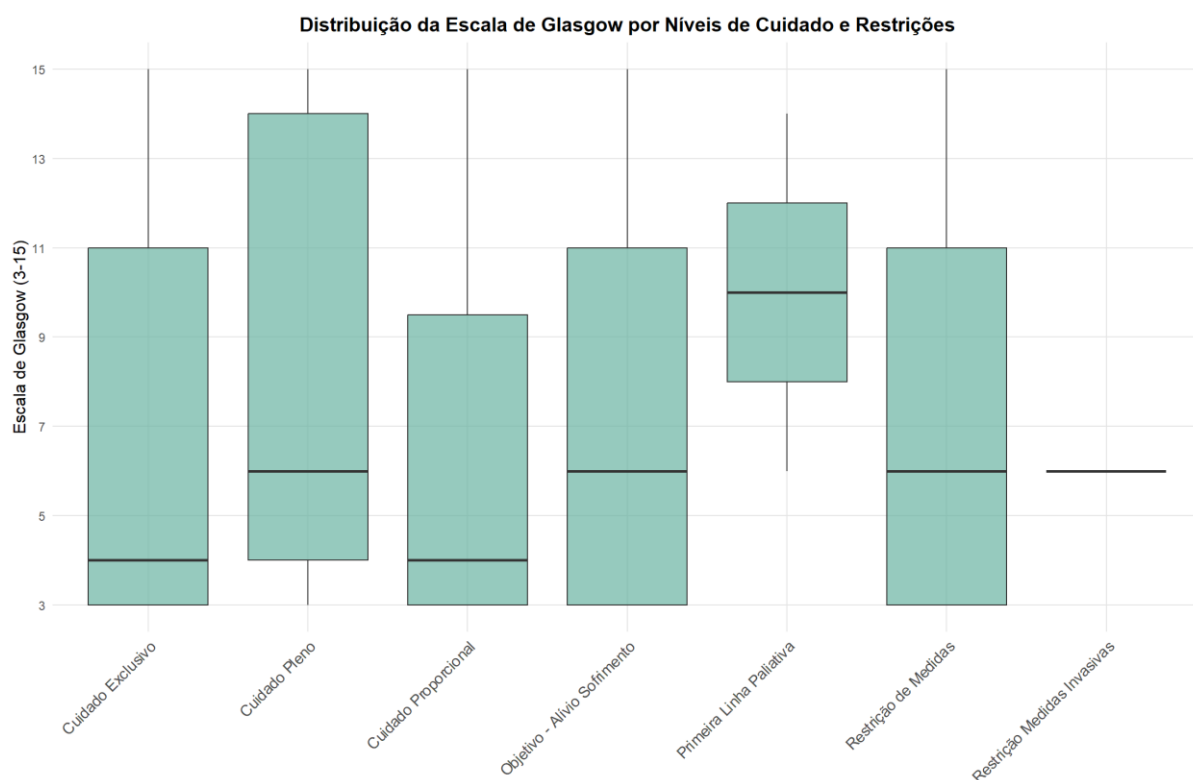


Figura 8 - Distribuição da Escala de Glasgow por níveis de cuidado e restrições

Verificou-se a indicação de alimentação via oral ou recomendação de restrição de dieta zero, uso de diferentes vias de suporte nutricional como sondas nasoenteral (SNE), nasogástrica (SNG), orogástrica (SOG), oroenteral (SOE), gastrostomia (GTT) e nutrição parenteral periférica (NPP), a necessidade da utilização de oxigenoterapia, ventilação mecânica (VM) com a presença de traqueostomia (TQT) ou tubo orotraqueal (IOT), uso de sonda vesical de alívio ou de demora.

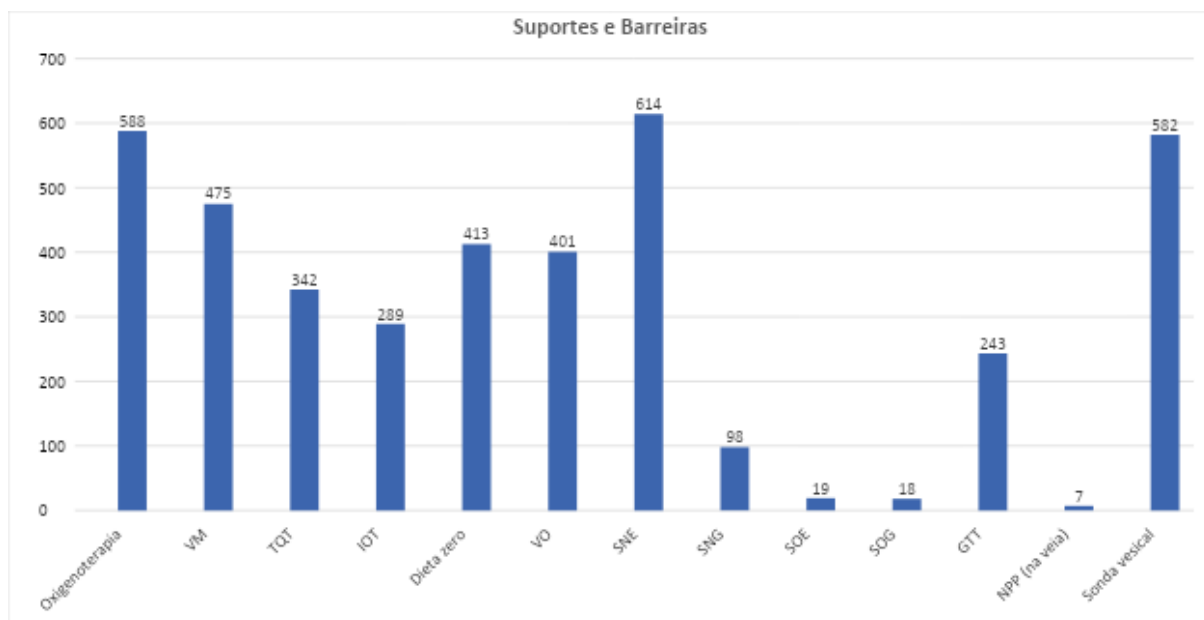


Figura 9 - Suportes e Barreiras

Além disso, entre os pacientes analisados, 852 receberam atendimento fisioterapêutico, enquanto 529 não apresentaram indicação para fisioterapia.

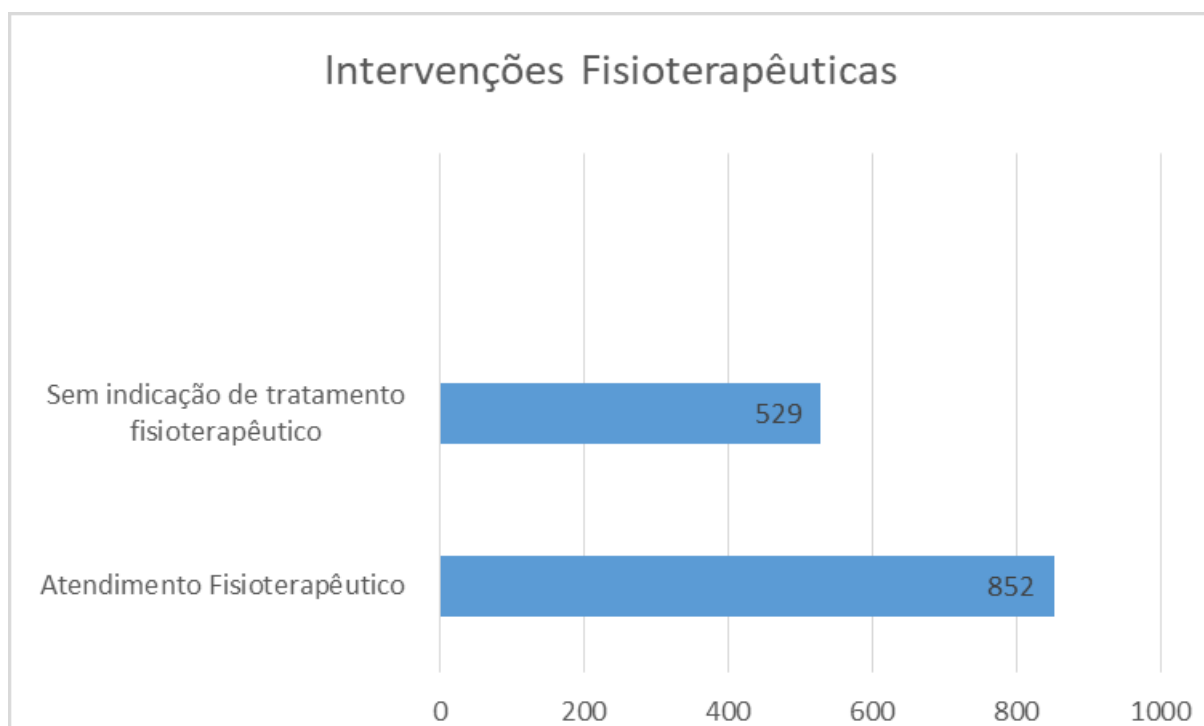


Figura 10 - Distribuição de pacientes com e sem intervenção fisioterapêutica

Em relação ao desfecho clínico, o óbito esteve mais presente (855), enquanto

a alta (506).

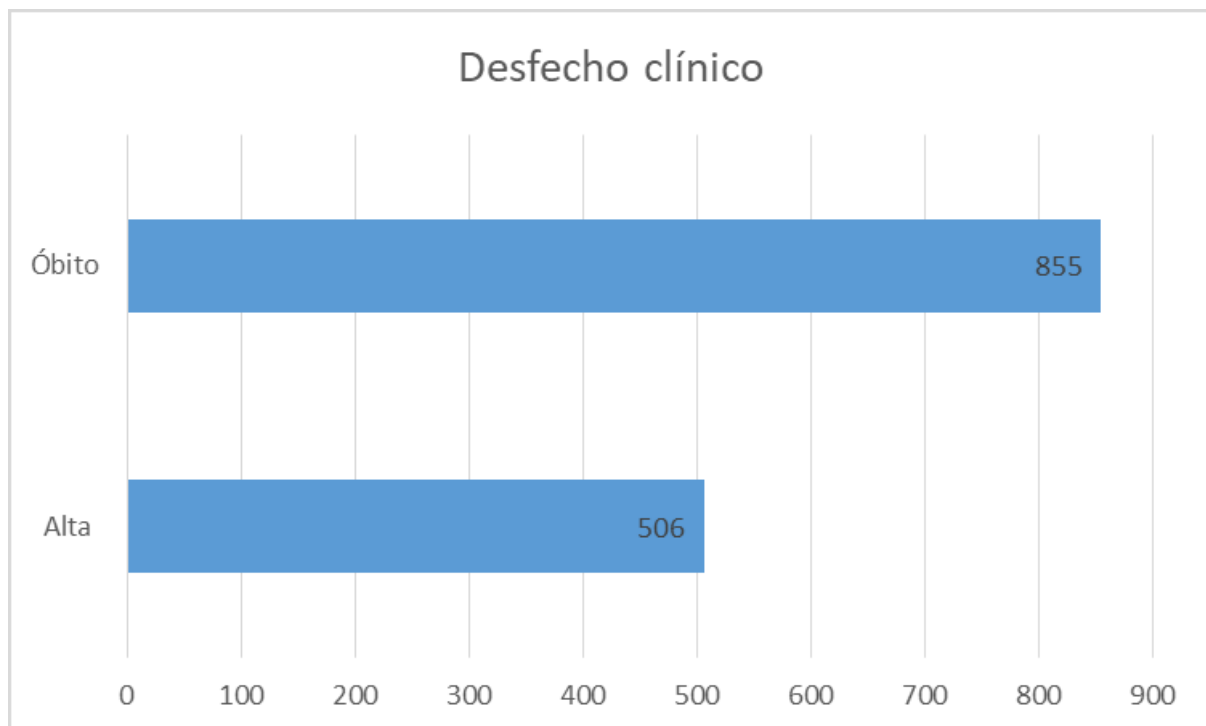


Figura 11 - Desfecho clínico

## DISCUSSÃO

Este estudo contou com a participação de pacientes internados e incluídos no programa de cuidados paliativos em que foi utilizada a escala IMS para mensurar a funcionalidade com base nos prontuários. E com o propósito de avaliar a mobilidade em executar tarefas do cotidiano associado com dados epidemiológicos e clínicos relacionando o uso de dispositivos com o declínio da capacidade funcional, durante o período de internação e conforme o desfecho, em casos de alta, se havia cuidado continuado em casa, e os fatores preditores vigente foram o tempo hospitalizado e a integração dos cuidados paliativos no plano terapêutico.

Essa avaliação retrospectiva permitiu observar que anteriormente a equipe utilizava a escala Palliative Performance Scale (PPS), entretanto, essa rotina não foi seguida. Portanto, foi coletado apenas os dados do resultado e serão discutidos abaixo.

Os resultados demonstraram que existem diferentes classificações relacionadas à assistência ofertada e ao nível de suporte indicado conforme o plano

de tratamento proposto. Denominações como cuidados exclusivos, proporcionais, medidas de conforto, restrição de medidas foram identificadas nos prontuários.

Um exemplo de sistematização é o protocolo do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar que classifica em quatro fases com base na funcionalidade do paciente avaliada pela escala PPS. As fases são recomendadas conforme o nível de PPS do paciente e são classificadas em cuidado paliativo precoce que priorizam o tratamento curativo ou restaurativo; cuidado paliativo complementar com limitação de resposta ao tratamento, mas que ainda apresenta possível benefício em intervenções de procedimentos ou tratamentos invasivos; cuidado paliativo predominante focado em promover alívio de sintomas e o cuidado paliativo exclusivo, com suspensão de intervenções fúteis e foco exclusivamente no alívio de sintomas.<sup>14</sup>

Outro modelo de estratificação apresentado nas Diretrizes para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI da Secretária de Saúde do Distrito Federal, propõe uma abordagem em três fases de assistência. Na primeira fase seria destinada a controlar a doença e promover alívio dos sintomas causados pela doença de base. Na segunda fase, a prioridade é promover qualidade de vida, promovendo conforto e dignidade mantendo intervenções terapêuticas proporcionais ao estado clínico. Na terceira fase, sendo cuidado paliativo exclusivo, desconsiderando medidas invasivas que prolonguem a vida. Todas as intervenções devem ser alinhadas com a equipe, paciente e familiares.<sup>15</sup>

Logo, isso constata a ausência de um consenso oficial quanto à definição e aplicação dessas classificações, gerando variações entre instituições e entre os profissionais de saúde. O que evidencia a importância da padronização desses conceitos para uma tomada de decisão clínica mais específica nos cuidados paliativos.

O tempo médio de internação foi de 30 dias. O desuso prolongado da musculatura global do corpo em contexto hospitalar, é caracterizado pelo repouso absoluto, pode provocar alterações metabólicas significativas que levam à redução da força e da massa muscular. Estudos demonstram que, em apenas 5 dias de inatividade do corpo, pode ocorrer uma redução aproximada de 4% da massa muscular e associado até 9% da força muscular, evidenciando uma perda funcional importante mesmo em curtos períodos de imobilização.<sup>16</sup> Em pacientes sob cuidados paliativos, essa condição é frequentemente agravada pela presença de complicações secundárias, o que torna o impacto da imobilidade expressivo. Essas alterações

resultam em comprometimento da performance física e funcional do paciente, tornando o processo de reabilitação desafiador, com finalidade de reduzir os efeitos deletérios da imobilização.<sup>17</sup>

A amostra identificou 529 pacientes que não tiveram acompanhamento fisioterapêutico. Contudo, a fisioterapia pneumofuncional utiliza técnicas voltadas à melhora da função pulmonar e ao alívio dos sintomas respiratórios, como a dispneia. Tais técnicas têm como objetivo a facilitação da higiene brônquica, a otimização da ventilação pulmonar e a redução do esforço respiratório.<sup>18</sup> A cinesioterapia é proposta pelo fisioterapeuta, desempenha papel fundamental ao prevenir e/ou reabilitar complicações secundárias associadas ao imobilismo e à progressão da doença, como atrofia muscular, contraturas e úlceras por pressão.<sup>19</sup>

Portanto, a inclusão da cinesioterapia no cuidado paliativo contribui significativamente para a manutenção da funcionalidade global, promovendo mobilidade, independência e qualidade de vida. Além disso, auxilia para a redução da ansiedade decorrente da dispneia, favorecendo a dignidade do paciente ao incentivá-lo a participar ativamente do seu tratamento. Por fim, a utilização de movimentos ativos, passivos ou assistidos, respeitando os limites e a condição clínica do paciente, promove o alívio da dor por meio da diminuição da rigidez articular e da tensão muscular.<sup>20</sup>

O presente estudo observou o uso de diferentes vias de suporte nutricional, como sonda nasoenteral (SNE), sonda nasogástrica (SNG), sonda orogástrica (SOG), sonda oroenteral (SOE), gastrostomia (GTT), nutrição parenteral (NPP). Desse modo, o objetivo é fornecer o aporte adequado de nutrientes e manter as funções metabólicas para prevenir complicações decorrentes da desnutrição, sarcopenia, aumento da fragilidade, redução da capacidade funcional e agravamento do declínio cognitivo.<sup>21</sup>

Segundo as diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), a nutrição enteral deve ser priorizada se o trato gastrointestinal estiver funcional e a ingestão oral for inadequada. Em pacientes com expectativa de vida limitada que não atingem pelo menos 60% de suas necessidades energéticas via oral, deve-se considerar precocemente um acesso nutricional adequado<sup>22</sup> o aporte

nutricional adequado auxilia na manutenção do trofismo muscular. As sondas SNG e SNE são indicadas para curto prazo, enquanto a GTT para longo prazo. Já a NPP apenas quando a via enteral for inviável, nos casos de complicações.<sup>22</sup>

Apesar de seu benefício em certos contextos, ainda faltam evidências sobre os efeitos da nutrição artificial no final da vida. Estudos sugerem que, nos últimos dias, os riscos e desconfortos geralmente superam os benefícios, e que a nutrição pode deixar de ser prioritária.<sup>23</sup> A análise dos prontuários mostrou que 413 pacientes estavam em dieta zero, o que pode ser atribuído, em parte, à finitude da vida. A tomada de decisão sobre suspender ou não a alimentação é um dilema bioético. No entanto, em muitos casos, o papel da equipe não será o de ofertar nutrição, mas sim respeitar a decisão de não alimentar, reconhecendo a ausência de benefícios.<sup>24</sup>

Com a progressão da doença, os pacientes podem apresentar sintomas como anorexia, náuseas, disfagias, alterações no paladar e no olfato, comprometendo tanto a ingestão de alimentos quanto sua apreciação e aproveitamento nutricional. A comida, nesse contexto, ultrapassa sua função fisiológica e passa a estar associada ao prazer, conforto e à memória afetiva. A alimentação de conforto deve ser não invasiva, centrada no bem-estar, na socialização e na dignidade do paciente.<sup>25</sup>

O suporte ventilatório deve ter como principal objetivo o alívio da dispneia, conforto respiratório e resguardo da dignidade, a melhora da qualidade de vida e a minimizar o sofrimento nos momentos finais da vida.<sup>26</sup> No âmbito dos cuidados paliativos, as decisões relacionadas ao uso do suporte ventilatório devem ser individualizadas, respeitando os princípios da autonomia e os possíveis benefícios da técnica. É fundamental que a equipe multiprofissional estabeleça uma comunicação transparente com o paciente e seus familiares, para alinhar as condutas aos princípios e limites.<sup>27</sup>

Nesse contexto, a oxigenoterapia, frequentemente utilizada em âmbito hospitalar e presente nos registros clínicos analisados. Um ensaio clínico randomizado demonstrou que a utilização de ar ambiente, por meio de um ventilador portátil de uso doméstico direcionado ao rosto do paciente, foi eficaz na minimização da sensação de falta de ar. Esse efeito pode ser atribuído à estimulação da passagem de ar pela mucosa nasal, promovendo alívio sintomático. Assim, observa-se que a inclusão de oxigênio pode aumentar a percepção de conforto do paciente, independentemente de seus efeitos fisiológicos diretos. Dessa forma, a

oxigenoterapia, apesar das limitações em sua fundamentação científica, apresenta um benefício potencial no manejo da insuficiência respiratória.<sup>28</sup>

A ventilação mecânica não invasiva (VMNI) no contexto dos cuidados paliativos têm como principal objetivo a redução do esforço ventilatório e o alívio da dispneia, sem a intenção de prolongar a vida. Essa modalidade de suporte ventilatório permite a conservação da consciência e das interações sociais, proporcionando a comunicação com familiares e equipe de saúde.<sup>29</sup>

Do ponto de vista bioético, a decisão de não iniciar ou interromper a ventilação mecânica invasiva (VMI) deve respeitar a dignidade e qualidade de vida do paciente, com foco no alívio do sofrimento. A VMI em casos de terminalidade é considerada fútil, pois não reverte o quadro nem alivia o sofrimento. Sua suspensão é uma decisão ética necessária para evitar agravar o sofrimento.<sup>30</sup>

Dor, dificuldade respiratória, náuseas, vômitos, constipação, delírio, medo, desesperança, angústia, incertezas sobre a crença religiosa, sensação de inutilidade e dificuldade para lidar com a finitude da vida<sup>31</sup>, como esses desconfortos frequentemente se mostram refratários às abordagens convencionais, a sedação paliativa é recomendada como recurso para proporcionar conforto ao paciente. O manejo de sintomas é amplamente utilizado em cuidados paliativos, uma vez que as medidas farmacológicas permitem tratar de forma eficaz os sintomas mais intensos, promovendo o controle adequado.<sup>32</sup>

Em relação ao estudo evidenciou que 595 pacientes que estavam sedados eram os menos funcionais. Embora a sedação profunda e contínua seja mais comum nos estágios finais da vida, as recomendações indicam que não há um tempo de vida restante previamente definido para sua aplicação, já que sua indicação deve considerar três princípios fundamentais: a refratariedade do sofrimento, a proporcionalidade da sedação em relação ao quadro clínico e a tomada de decisão independente, especialmente no que se refere à manutenção ou suspensão da hidratação. Essa escolha deve ser feita com cautela, uma vez que pode levar à perda da capacidade de interação com o ambiente e com os entes queridos.<sup>32</sup>

Na fase terminal da doença, é comum a indicação de opioides para manejo da dor, atuando também como coadjuvantes na sedação paliativa. Esses fármacos apresentam ação sinérgica com hipnóticos e neurolépticos, sendo essenciais no manejo de sintomas refratários. A escolha deve considerar a intensidade da dor,

sendo a morfina reconhecida como o fármaco de primeira linha, padrão ouro, no tratamento de dores de moderada a intensa.<sup>33</sup> Ainda que não haja consenso absoluto quanto à dosagem ideal, a literatura aponta para uma faixa de manutenção entre 20 mg a 80 mg por dia, dependendo da via de administração (oral, subcutânea ou venosa)<sup>33</sup>, sem a intenção apenas causar sedação, prejudicando o nível de consciência consequentemente reduzindo aptidão física.

Os princípios dos cuidados paliativos devem ser implementados de modo precoce, considerando que a funcionalidade do paciente representa um fator determinante, é passível a declínio em desempenhar as funções básicas do dia a dia. A literatura traz evidências de que a limitação do estado funcional está associada com o comprometimento em autocuidado, no qual os pacientes permanecem restritos ao leito ou à cadeira por mais da metade do dia, além de apresentarem perda ponderal de peso de forma progressiva. Essa condição compromete diretamente a realização das atividades de vida diária.<sup>34</sup>

Conforme avaliado no estudo, há um declínio no nível de funcionalidade desses pacientes, 984 pacientes eram restritos ao leito, com dependência total da equipe de saúde e cuidador. Resultado análogo foi descrito em um estudo realizado ao longo de um ano em uma unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos, que demonstram que a maioria dos pacientes avaliados apresentavam ausência de autonomia total para autocuidados durante as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades Instrumentais de vida diária (AIVD). Avaliados através da escala Palliative Performance Scale (PPS), obtiveram a pontuação média igual ou inferior a 50%, logo, caracteriza-se pacientes com permanência predominante em posição sentada ou deitada, devido os sinais clínicos de doença avançada, necessidade de assistência contínua e nível de consciência diminuído. Dentre os avaliados, 77% apresentaram escore total de 30%, indicando um estado de acamamento completo e dependência integral para todas as atividades.<sup>35</sup>

Durante a análise dos prontuários, foi possível identificar a utilização de dispositivos invasivos. Dentre os principais, destacam-se as sondas de drenagem gastrointestinal, utilizadas para alívio decorrentes de obstruções intestinais, e as sondas vesicais indicadas para retenção urinária, presença de traqueostomias ou tubo orotraqueal para manutenção da via aérea, métodos de suporte nutricional, incluindo nutrição parenteral e enteral, cateter para hemodiálise e cateter venoso para



administração de medicamentos e soluções. Além disso, em casos de insuficiência respiratória, foi necessária a utilização de ventilação mecânica.

Por outro lado, trata-se de um tópico relevante que deve ser ponderado, considerando que o uso de dispositivos invasivos deve acontecer de acordo com a necessidade clínica de cada paciente, com finalidade de promover bem-estar.<sup>34</sup> Observa-se, que essas intervenções são empregadas de maneira inadequada sob certas circunstâncias, quando poderiam ser substituídas por técnicas menos invasivas, que apresentam menores riscos à saúde e evitando custos financeiros e tecnológicos. A literatura revela que a maioria dos pacientes utiliza vários dispositivos invasivos de forma simultânea. O que evidencia a importância de avaliar criticamente a indicação desses recursos.<sup>36</sup>

Diante disso, o presente estudo propõe identificar a importância de desenvolver estratégias assistenciais diferenciadas, que permitam individualizar o cuidado. O uso de dispositivo invasivo representou uma barreira que causou restrição ao leito, mais da metade dos pacientes tinham suporte de alimentação artificial e de ventilação, também foi respaldado pelo IMS em 71,2% (a soma do nível zero, um e dois) gerou limitação à autonomia do paciente, provocando dependência de mais de uma pessoa para realizar transferências.

Logo, busca evitar a padronização das condutas, implementar níveis distintos de assistência para pacientes em cuidados paliativos, de forma a promover um atendimento humanizado e adequado às reais necessidades de cada indivíduo.

Um estudo analisou o tempo entre o início do estado comatoso e o óbito, além do intervalo entre a restrição ao leito e a progressão para o coma, em pacientes sob cuidados paliativos, utilizando a escala Australiano Karnofsky Performance Status (AKPS). Foi observada uma relação entre a baixa pontuação na escala de funcionalidade e o tempo até o óbito, identificando que mais de 50% dos pacientes faleceram após o segundo dia considerado como comatoso, apresentando desfecho de óbito cerca de quatro dias após essa avaliação. Além disso, pacientes restritos ao leito, mas que ainda apresentam o cognitivo preservado, são dependentes de cuidados e podem evoluir para o estado comatoso em até um mês.<sup>37</sup>

Estudos publicados evidenciaram carência no modelo de ensino médico brasileiro, principalmente a formação ética e conceitual de futuros profissionais da saúde. Ademais, dificuldades em diferenciar conceitos fundamentais como sedação paliativa, eutanásia, distanásia e ortotanásia, o que compromete diretamente a

conduta clínica em situações delicadas em cuidados paliativos.<sup>38</sup>

O estudo também revelou que a sedação contínua é frequentemente a técnica mais empregada, principalmente em fases avançadas da doença. No entanto, ressalta-se que a qualidade de vida do paciente não se resume apenas à manutenção de funções fisiológicas, mas envolve uma abordagem integral que contempla bem-estar físico, emocional e espiritual.<sup>38</sup>

Diante disso, destaca-se a importância da implementação de programas de educação continuada e a inclusão de disciplinas acadêmicas voltadas especificamente ao manejo em cuidados paliativos, visando preparar os profissionais para uma atuação ética, empática e tecnicamente qualificada.

A atuação precoce e ativa da fisioterapia contribui para atenuar esse declínio, favorecendo a preservação da funcionalidade e a manutenção de uma melhor qualidade de vida, dentro das individualidades de cada paciente.

Entre as limitações encontradas, houve dificuldades na obtenção de informações atualizadas que não correspondiam à situação atual do paciente. Além disso, a avaliação da funcionalidade por meio da escala IMS foi prejudicada pela ausência dos dados registrados nos prontuários. Sugere-se a implementação de campos de múltipla escolha no prontuário eletrônico para alterações clínicas objetivas, o que garante as atualizações dos dados otimizando o tempo da equipe, além de facilitar a visualização e padronização das informações.

## **CONCLUSÃO**

Observou-se neste estudo que grande parte dos pacientes em cuidados paliativos apresentava um declínio de funcionalidade, eram restritos ao leito, o que é esperado diante da progressão da doença. Houve redução nos escores do IMS evidenciando uma piora da funcionalidade sendo associado às barreiras e limitações impostas pela hospitalização, que torna tarefas básicas desafiadoras. O estudo reforça a importância de uma avaliação e cuidado individualizado para promover qualidade de vida e evitar perdas abruptas da capacidade funcional, com o objetivo de promover um atendimento humanizado.

## REFERÊNCIAS

- 1) World Health Organization. Palliative care [cited 2003 Nov 24]. Available from: <http://www.who.int>
- 2) Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2a edição [Internet]. Available from: [https://paliativo.org.br/biblioteca/09-09-2013\\_Manual\\_de\\_cuidados\\_paliativos\\_ANCP.pdf](https://paliativo.org.br/biblioteca/09-09-2013_Manual_de_cuidados_paliativos_ANCP.pdf)
- 3) Harding R, Hammerich A, Peeler A, Afolabi O, Nahla Gafer. PALLIATIVE CARE HOW CAN WE RESPOND TO 10 YEARS OF LIMITED PROGRESS? [Internet]. 2024. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/385895833\\_PALLIATIVE\\_CARE\\_HOW\\_CAN\\_WE\\_RESPOND\\_TO\\_10\\_YEARS\\_OF\\_LIMITED\\_PROGRESS](https://www.researchgate.net/publication/385895833_PALLIATIVE_CARE_HOW_CAN_WE_RESPOND_TO_10_YEARS_OF_LIMITED_PROGRESS)
- 4) Vattimo,. Cuidados paliativos: da clínica à bioética: volume 1. Bvsaludorg [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 26];529–9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1434739>
- 5) Kawaguchi YMF, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2016 Dec;42(6):429–34.
- 6) Urbano I. APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA PRÁTICA CLÍNICA DO FISIOTERAPEUTA [Internet]. Academia.edu. 2017 [cited 2025 Apr 27]. Available from: [https://www.academia.edu/32411219/APLICA%C3%87%C3%83O\\_DA\\_CLASSIFICA%C3%87%C3%83O\\_INTERNACIONAL\\_DE\\_FUNCIONALIDADE\\_INCAPACIDADE\\_E\\_SA%C3%9ADE\\_CIF\\_NA\\_PR%C3%81TICA\\_CL%C3%8DICA\\_DO\\_FISIOTERAPEUTA](https://www.academia.edu/32411219/APLICA%C3%87%C3%83O_DA_CLASSIFICA%C3%87%C3%83O_INTERNACIONAL_DE_FUNCIONALIDADE_INCAPACIDADE_E_SA%C3%9ADE_CIF_NA_PR%C3%81TICA_CL%C3%8DICA_DO_FISIOTERAPEUTA)
- 7) Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, Berney S, Buhr H, Denehy L, et al. A Binational Multicenter Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial of Early Goal-Directed Mobilization in the ICU\*. *Critical Care Medicine* [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Jun 19];44(6):1145–52. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/ccm/2016/00000044/00000006/art00043>
- 8) Santos-Lobato BL, Viana A. Manual de Propedêutica Médica [Internet]. 2024.

Available

from:

[https://www.researchgate.net/publication/385592891\\_Manual\\_de\\_Propedeutica\\_Medica](https://www.researchgate.net/publication/385592891_Manual_de_Propedeutica_Medica)

- 9) Eckermann Da Silva H, Rosa A, Molinari S, Lopes De Abreu D. movimento & saúde • REVISTAINSPIRAR MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES ADULTOS CRÍTICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO HOSPITAL MUNICIPAL DA REGIÃO DE JOINVILLE-SC Early mobilization in criticle adult in unit of intense therapy in the Municipal Hospital of Joinville-SC [Internet]. Available from: <https://inspirar.com.br/wp-content/uploads/2018/01/revista-inspirar-ms-44-543-2016.pdf>
- 10) Jain S, Iverson LM. Glasgow Coma Scale [Internet]. National Library of Medicine. StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>
- 11) Eutanásia [Internet]. Dicio. Available from: <https://www.dicio.com.br/eutanasia/>
- 12) Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiologia [Internet]. 2012 Aug;62(4):586–92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000400012&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000400012&script=sci_arttext&lng=en)
- 13) João Carlos Halfeld, Caldana J. Sedação paliativa terminal no Brasil: revisão integrativa da literatura. Revista Bioética. 2023 Jan 1;31.
- 14) E L A B O R A Ç Ã O |, Colaboração, Furtado S, Validação, Formatação. PROTOCOLOS ISGH | CUIDADOS PALIATIVOS | DATA | [Internet]. Available from: [https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh\\_protoco\\_cuidado\\_paliativo.pdf](https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf)
- 15) Permanente C. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI Área(s): Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDF), com a colaboração das Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital de Apoio de Brasília 1-Metodologia de Busca da Literatura 1.1 Bases de dados consultadas [Internet]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Diretrizes+para+Cuidad>

[os+Paliativos+em+Pacientes+Cr%C3%ADticos+Adultos+Admitidos+em+UTI.  
pdf/b0db4a00-199e-66f7-4242-29c4b962fd0b?t=1648645556436](https://diabetes.diabetesjournals.org/content/65/10/2862)

- 16) Dirks ML, Wall BT, van de Valk B, Holloway TM, Holloway GP, Chabowski A, et al. One Week of Bed Rest Leads to Substantial Muscle Atrophy and Induces Whole-Body Insulin Resistance in the Absence of Skeletal Muscle Lipid Accumulation. *Diabetes* [Internet]. 2016 Jun 29;65(10):2862–75. Available from: <https://diabetes.diabetesjournals.org/content/65/10/2862>
- 17) Vista do Intervenções fisioterapêuticas nos pacientes em cuidados paliativos [Internet]. *Convergenceseditorial.com.br*. 2025 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/5010/8172>
- 18) Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005 Mar 31;51(1):67–77.1.Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005 Mar 31;51(1):67–77.
- 19) Vista do Intervenções fisioterapêuticas nos pacientes em cuidados paliativos [Internet]. *Convergenceseditorial.com.br*. 2025. Available from: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/5010/8172>
- 20) Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005 Mar 31;51(1):67–77.
- 21) Ciccarelli PA, Mattos,. Nutrição enteral em idosos com demência em cuidados paliativos. *Rev bioét (Impr)* [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 29];427–36. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1340959>
- 22) Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients* [Internet]. 2021 Feb 1;13(2):306. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/2/306/htm>
- 23) Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* [Internet]. 2015 Dec;9(4):346–54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/>
- 24) Vista do Nutrição nos cuidados paliativos [Internet]. *Eb.mil.br*. 2025 [cited 2025 Apr 27]. Available from:

<https://ebrevistas.eb.mil.br/HCE/article/view/12243/9791>

- 25) Alimentação e nutrição como parte do conceito de dor total em cuidados paliativos. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2022 Mar 31;28.
- 26) Natividade T do SS, Coelho PYC, Aguiar DR de, Silva GL da, Silva RB da, Soeiro ACV. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Revista Bioética*. 2021 Jul;29(3):558–66.
- 27) Vidal EI de O, Kovacs MJ, Silva JJ da, Silva LM da, Sacardo DP, Bersani AL de F, et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38(9).
- 28) LeBlanc TW, Abernethy AP. Building the Palliative Care Evidence Base: Lessons From a Randomized Controlled Trial of Oxygen vs Room Air for Refractory Dyspnea. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2021 Nov 17];12(7):989–92. Available from: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/12/7/article-p989.xml?print&ArticleBodyColorStyles=Contributor%20Notes>
- 29) Bassani MA, Oliveira ABF de, Oliveira Neto AF, Taize R. O uso da ventilação mecânica não-invasiva nos cuidados paliativos de paciente com sarcoma torácico metastático: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2008 Jun;20(2):205–9.
- 30) Iglesias E, Correa S, Kovacs MJ, Máximo L, Sacardo DP, Brasil S, et al. Position statement of the Brazilian Palliative Care Academy on withdrawing and withholding life-sustaining interventions in the context of palliative care. *Critical Care Science* [Internet]. 2024 Jan 1;36. Available from: <https://www.scielo.br/j/ccsci/a/Pf8bNTyKX5xZst9BVnpVsBF/>
- 31) Cuidados paliativos: da clínica à bioética [Internet]. Fm.usp.br. Cremesp; 2023 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://observatorio.fm.usp.br/entities/publication/b6a7596e-2ee0-4b42-b578-366ace552cd2/full>
- 32) Surges SM, Holger Brunsch, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative medicine*. 2024 Jan 31;38(2).
- 33) Nogueira FL, Sakata RK. Sedação paliativa do paciente terminal. *Revista*

Brasileira de Anestesiologia [Internet]. 2012 Aug;62(4):586–92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000400012&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000400012&script=sci_arttext&tlng=en)

- 34) Faria JAM de, Ferreira LG, Vieira MAB, Cosenza NN, Alvarenga PP de, Figueiredo PL. Profile of patients with indication of palliative care and admitted at the Júlia Kubitschek Hospital - FHEMIG. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2015;25(1).
- 35) ARTIGO ORIGINAL. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n2a06.pdf>
- 36) 1. Madeira CB, Queiroz DT, Melo DM de, Mota FG de A, Barros FO, Mesquita JGBCM, et al. Perfil epidemiológico de pessoas sob cuidados paliativos em unidade hospitalar / Epidemiological profile of people under palliative care in a hospital unit. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2020 Oct 21;6(10):80142–51. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18554#:~:text=Majoritariamente%20acamados%20e%20dependentes%20das>
- 37) O'Connor T, Liu WM, Samara J, Lewis J, Strickland K, Paterson C. Determining timeframes to death for imminently dying patients: a retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*. 2025 Jan 13;24(1).
- 38) João Carlos Halfeld, Caldana J. Sedação paliativa terminal no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Bioética*. 2023 Jan 1;31.