
CUIDADOS PALIATIVOS E FRAGILIDADE

Cartilha para o
Profissional de Saúde

Organização

Comitê de Geriatria e Gerontologia
da Academia Nacional de Cuidados
Paliativos

Parceria

Comitê de Nutrição da Academia
Nacional de Cuidados Paliativos



ANCP
ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Cuidados paliativos e fragilidade [livro eletrônico] : cartilha para o profissional de saúde / organização Comitê de Geriatria e Gerontologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos ; coordenação Ana Luisa Rugani Barcellos. -- São Paulo : Academia Nacional de Cuidados Paliativos : Comitê de Nutrição da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2024.

PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-81360-04-7

1. Cuidados paliativos 2. Cuidados paliativos - Manuais, guias, etc. 3. Multidisciplinaridade 4. Profissionais da saúde - Formação 5. Idosos - Saúde I. Comitê de Geriatria e Gerontologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. II. Barcellos, Ana Luisa Rugani.

24-208012

CDD-616.029

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados paliativos : Medicina 616.029

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Coordenação

Ana Luisa Rugani Barcellos

Médica especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Área de atuação em Medicina Paliativa pela AMB. Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Risoleta Tolentino Neves, FUNDEP-UFMG. Coordenadora do Comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP (2023-2025).

Revisão

Anelise Fonseca

Médica especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Cuidados paliativos pelo Instituto Pallium / Universidad de San Salvador, Argentina. Doutora em Epidemiologia pela ENSP/Fiocruz. Presidente SBGG-RJ (2022-2025). Vice coordenadora do comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP (2023-2025).

Alessandra Rischitelli Bragança Silva

Fonoaudióloga. Nutricionista. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Mestre em Gerontologia pela UNICAMP. Pós-graduada em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar. Coordenadora do Comitê de Fonoaudiologia e membro do Comitê de Nutrição da ANCP (2021 – 2024). Experiência na docência e tutoria em cursos de pós-graduação. Experiência clínica de atendimento em domicílio de adultos e idosos nas áreas: disfagia, risco nutricional, modulação intestinal e cuidados paliativos.

Alexandra Arantes

Médica especialista em Geriatria e com área de atuação de Medicina Paliativa.

Ana Luisa Rugani Barcellos

Médica especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Área de atuação em Medicina Paliativa pela AMB. Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Risoleta Tolentino Neves, FUNDEP-UFMG. Coordenadora do Comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP (2023-2025).

Anelise Fonseca

Médica especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Cuidados paliativos pelo Instituto Pallium / Universidad de San Salvador, Argentina. Doutora em Epidemiologia pela ENSP/Fiocruz. Presidente SBGG-RJ (2022-2025). Vice coordenadora do comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP (2023-2025).

Daniel Espírito Santo da Silva

Enfermeiro graduado pela UFRJ. Residência em Enfermagem Oncológica pela UNIRIO. Pós-graduação em Enfermagem Gerontológica pela UFF. Mestrado Profissional pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Evellyn Aparecida Almeida Rodrigues

Terapeuta Ocupacional, especialização em Saúde do Idoso pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestrado pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialização em Preceptoria Multiprofissional na Área da Saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento. Terapeuta ocupacional na Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Francelise Pivetta Roque

Fonoaudióloga especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e UNIFESP. Especialista em Disfagia e em Motricidade Orofacial pelo CFFa. Especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein e em Oncologia Interdisciplinar (em andamento) pela Faculdade Unyleya. Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós doutora pelo Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP. Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (UFF). Integrante do Comitê de Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), da Comissão Nacional de Fonoaudiologia da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz). Editora Associada da Geriatrics, Gerontology and Aging (GGA).

Nahãmi Cruz de Lucena

Fisioterapeuta. Doutoranda Medicina Translacional FMUSP/IMIP. Mestre em Educação para profissionais em saúde – FPS. Especialista em Fisioterapia Neurológica adulto – COFFITO. Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP e atendimentos domiciliares.

Supervisora dos programas de residências multiprofissionais em saúde da pessoa idosa e em Cuidados Paliativos do IMIP (desde 2013). Membro do comitê de geriatria e gerontologia ANCP (2023-2024). Docente de Especialização.

Rubens Guimarães Mendonça

Fisioterapeuta especialista em Gerontologia pela ABRAFIGE. Mestre em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan/INCA). Membro do Comitê de Geriatria e Gerontologia em Cuidados Paliativos da ANCP. Conselheiro do CREFITO-2. Membro da Câmara Técnica de Gerontologia da SBGG-RJ.

Patrícia Barbosa Freire

Mãe do Yuri, Bento e Helena. Nutricionista mestre em Ciências para a saúde pela ESCS-FEPECS. Nutricionista da SES-DF e membro da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos do HRC.

Tamyris dos Santos Gonçalves

Nutricionista pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Envelhecimento pela Residência Multiprofissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latinoamérica – Argentina. Doula da Morte – Amortser Atua no Programa 80+ Omint e particular. Coordenadora do Comitê de Nutrição da ANCP.



Sumário

10

Conceituação e Fisiopatologia
da Fragilidade

Autora: Anelise Fonseca

14

Fragilidade e Cuidados Paliativos:
Abordagem Médica

Autoras: Ana Luisa Rugani Barcellos e Alexandra Arantes

24

Fragilidade e Cuidados Paliativos:
Contribuições da Fonoaudiologia

Autora: Francelise Pivetta Roque

30

Fragilidade e os Cuidados Paliativos:
Abordagem da Fisioterapia

Autores: Nahãmi Cruz de Lucena e Rubens Guimarães Mendonça

34

Fragilidade e Cuidados Paliativos:
Contribuições da Nutrição

Autoras: Alessandra Rischitelli Bragança Silva,
Patrícia Barbosa Freire e Tamyris dos Santos Gonçalves

39

Fragilidade e Cuidados Paliativos:
O Papel da Equipe de Enfermagem

Autor: Daniel Espírito Santo da Silva

42

Fragilidade e Cuidados Paliativos:
Atuação da Terapia Ocupacional

Autora: Evellyn Aparecida Almeida Rodrigues

46

Referências Bibliográficas

Introdução



Esta cartilha foi criada pelo Comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP com o objetivo de trazer à luz da abordagem paliativa, o conceito e a importância de se conhecer e diagnosticar a Síndrome de Fragilidade nas pessoas idosas em acompanhamento por nós, profissionais de saúde. Compreender suas necessidades, especialmente as que estão chegando ao fim da vida é fundamental para que possam receber os cuidados e apoios adequados.

Pacientes frágeis formam um grupo heterogêneo, com evoluções clínicas distintas, declínios funcionais muitas vezes imprevisíveis e que podem ter um reconhecimento difícil da sua finitude. É importante entender que a fragilidade, por si só, pode ser um definidor de mau prognóstico. Neste caso, a pessoa idosa não precisa ter o diagnóstico de uma doença específica grave e ameaçadora da vida para ser elegível aos cuidados paliativos.

Esta síndrome é gerada por uma série de eventos fisiopatológicos e multi-morbidades que ocasionam um estado de vulnerabilidade e menor capacidade de adaptação a eventos estressores. Isto leva, conseqüentemente, à limitação prognóstica, aumento da mortalidade e aumento do risco de sofrimento. Por isso, a importância de se reconhecer os pacientes frágeis como elegíveis para receberem cuidados paliativos.

A fragilidade gera necessidades específicas de cuidados físicos e apoio psicossocial no fim da vida. Geralmente, estes pacientes são mais propensos a expressar preferências por tratamentos proporcionais e menos invasivos em sua finitude. Porém, ainda são menos propensos a acessarem estes serviços especializados ou morrerem em hospícios (unidades de cuidado especializadas em cuidar de pessoas com prognóstico de vida menor de seis meses).

Sendo assim, este manual trará conceitos, instrumentos de avaliação e informações importantes de como podemos, sempre com o olhar multiprofissional, abordar e tratar estas pessoas, promovendo um cuidado holístico e atento às suas necessidades.

Dra. Ana Luisa Rugani Barcellos

Coordenadora do comitê de Geriatria e Gerontologia da ANCP

A síndrome da fragilidade é um desafio do cuidado, desde diagnóstico até o acompanhamento integrado para todos os níveis de atenção à saúde.

Diante da heterogeneidade dos nossos sistemas de saúde – privado e público -, da escassez de profissionais capacitados tecnicamente na área da Geriatria, Gerontologia e dos cuidados paliativos para cuidar desse perfil populacional, pelas lacunas ainda existentes no conhecimento de sua fisiopatologia e se há medicações que possam prevenir, tratar e reverter o “espiral da fragilidade” – promovendo a progressão da Síndrome, a inserção da abordagem dos cuidados paliativos deve ser compreendida como um ato técnico e ético, pois dignidade e qualidade de vida são dois elementos a serem perseguidos na trajetória de cuidado.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2022 confirmam as perspectivas que o grupo populacional que mais cresce no Brasil e no mundo é o dos “muito idosos” (indivíduos acima de 80 anos). Há um crescimento exponencial do número absoluto e relativo dessa camada

da população até o final deste século e é nesse faixa etária que a síndrome tem maior impacto, e especial à pessoa idosa e sua família. Esse crescimento vertiginoso promove uma série de impactos sociais, econômicos, políticos e na maneira como os profissionais de saúde deverão se preparar para lidar com essa doença. Sabe-se que idade avançada, sexo feminino, baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, doenças crônicas, comprometimento cognitivo, funcional e depressão estão associados a síndrome da fragilidade e por tal, é importante que o profissional da saúde esteja atento para o conceito e as características dessa entidade nosológica que já consta no CID 11.

O estudo da síndrome da fragilidade se deu em torno da década de 70 e hoje, pelos avanços, os profissionais de saúde dispõe de parâmetros objetivos para avaliar e diagnosticar fragilidade e pré-fragilidade.

Conceituação e Fisiopatologia da Fragilidade

Trata-se de síndrome multidimensional com repercussões físicas, nutricionais, cognitivas, psicossociais e sociais o que a torna uma das síndromes mais estudadas na última década na geriatria e gerontologia.

A definição mais utilizada atualmente ainda é a de Fried. São cinco critérios descritos: perda de peso não intencional, exaustão, redução de força, pouca atividade física (sedentarismo) e redução de velocidade de marcha. Apresentar pelo menos 3 desses itens representa fragilidade e 1 ou 2, pré fragilidade. O que se destaca na fragilidade da pessoa idosa, são suas consequências que repercutem em todas as dimensões do ser humano, como: o declínio funcional – são as perdas da reserva funcional (aqui também se inclui, de forma ampla, o conceito de capacidade intrínseca), o aumento do risco de quedas, o maior uso de serviços de saúde e de hospitalizações, a maior repercussão de doenças agudas simultaneamente como infecções, e que, por seguinte, leva a maior número de institucionalização e de mortalidade.



Não há consenso relacionado ao ponto inicial de sua fisiopatologia pois são diversos processos interconectados e levando ao fenótipo fragilidade. O envelhecimento em si com desregulação de sua fisiologia (notoriamente entre os muito idosos), desnutrição crônica (com redução da ingestão calórica, proteica e de micronutrientes), perda de força e de massa muscular (sarcopenia), redução da taxa metabólica em repouso e a redução do gasto energético total são fatores centrais da espiral de fragilidade, ressaltando-se a sarcopenia como o fator que melhor representa a fragilidade na prática clínica.

Diversos outros fatores também têm sido descritos e estudados destacando-se aspectos comportamentais, como o sedentarismo, um tipo de inflamação crônica relacionada ao envelhecimento – ainda carece de uma tradução para o português - *inflamming* -, a desregulação endócrina, o déficit cognitivo, alterações na microbiota intestinal – cada vez mais em discussão, a anorexia, a genética e a epigenética. Tais peculiaridades e interconexões tornam a síndrome de fragilidade um assunto complexo e que ainda intriga toda a área de pesquisa e assistência.

O reconhecimento da fragilidade como Síndrome é caracterizada pelos critérios fenotípicos e seus respectivos instrumentos diagnósticos que apresentam os seguintes domínios:

Fraqueza: avaliada através da força de preensão palmar (FPP) medida pelo

Mulheres com IMC $\leq 23,8$ Kg/m²: FPP ≤ 14 Kg

Homens com IMC ≤ 24 Kg/m²: FPP ≤ 29 Kg

Mulheres com IMC 23,9-27,1 Kg/m²: FPP ≤ 17 Kg

Homens com IMC 24.1 – 26 Kg/m²: FPP ≤ 30 Kg

Mulheres com IMC 27,2 – 30,8 Kg/m²: FPP ≤ 20 Kg

Homens com IMC 26.1 – 28 Kg/m²: FPP ≤ 30 Kg

Mulheres com IMC $> 30,8$ Kg/m²: FPP ≤ 23 Kg

Homens com IMC > 28 Kg/m²: FPP ≤ 32 Kg

Lentificação: avaliada através da velocidade de marcha em uma distância de 4,6m;

Mulheres com altura ≤ 153 cm: ≥ 6 segundos;

Homens com altura ≤ 173 cm: ≥ 7 segundos

Mulheres com altura > 153 cm: ≥ 5 segundos

Homens com altura >173 cm: ≥ 6 segundos

Inatividade física: Pergunta: "Você acha que faz menos atividades físicas que fazia há 12 meses?"

Exaustão: Pergunta: "Por quantas vezes se sentiu dessa forma na última semana?"

(pontua se a resposta for no mínimo "2" para ambas as perguntas):

"Senti que tudo que fiz me parecia um esforço"

"Não consegui levar as coisas adiante"

Entender a fragilidade e sua expressão permite antecipar agravos e estabelecer um plano de cuidados avançados em que a presença de um time multiprofissional é o diferencial na oferta das melhores ações preventivas e de reabilitação, quando possíveis, em especial, na fase pré-frágil.

Desnutrição: avaliada pela perda não intencional de 5% do peso corporal ou 4,5Kg em 1 ano.

Na prática clínica, sugere-se que a síndrome de fragilidade seja rastreada em toda pessoa idosa a partir dos 65 anos. Um instrumento rápido e simples é o **questionário mnemônico FRAIL**, que basicamente correlaciona os critérios físicos estabelecidos por Fried com o conceito de acúmulo de déficits:

F = Fadigue (você se sente cansada?);

R = Resistance (não consegue subir um lance de escada sem ajuda de outra pessoa?);

A = Aerobic (não consegue andar uma quadra sem ajuda de outra pessoa?);

I = Illness (você tem cinco ou mais das doenças a seguir?) Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer (exceção de câncer de pele), doença pulmonar obstrutiva crônica, doença coronariana ou infarto do miocárdico), insuficiência cardíaca congestiva, asma, artrite, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica);

L = Perda de peso (você perdeu mais que 5% do seu peso nos últimos 6 meses?)

Assim, se a pessoa idosa não pontuar em nenhum item, é classificada como robusta; em um ou dois itens, é pré-frágil e em três ou mais, frágil.

Abordagem Médica



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Atendimento Hospitalar

Escala Clínica de Fragilidade*



1. Muito Ativo - Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para a sua idade.



2. Ativo - Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria 1. Frequentemente se exercitam ou são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.



3. Regular - Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.



4. Vulnerável - Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.



5. Levemente Frágil - Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.



6. Moderadamente Frágil - Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.



7. Muito Frágil - Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).



8. Severamente Frágil - Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente incapazes de se recuperarem de uma doença leve.



9. Doente Terminal - Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra evidência de fragilidade.

Pontuando fragilidade em pessoas com demência

O grau de fragilidade corresponde ao grau de demência. Sintomas comuns na demência leve incluem esquecimento dos detalhes de um evento recente, apesar da recordação do evento em si, repetindo a mesma pergunta/história e afastamento de eventos sociais.

Na demência moderada, a memória recente está muito comprometida apesar de aparentemente lembrar bem de fatos do passado. Quando solicitadas, elas são capazes de fazer o cuidado pessoal.

Na demência severa, elas não conseguem realizar cuidados pessoais sem ajuda.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 113:489-495.

©2009. Version 1.2_EN; ©2018. Version 1.0_Port. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

The Journal of frailty & aging 2020

Clinical Frailty Scale: Translation and Cultural Adaptation Into the Brazilian Portuguese Language

É muito importante, no ambiente hospitalar, compreender a fragilidade, saber detectá-la e mensurá-la. Isso se deve ao papel determinante que esta síndrome tem em modificar desfechos e prognósticos, especialmente no contexto de descompensação clínica (que motivam os pacientes a estarem em hospitais). Como já dito anteriormente, pacientes frágeis estão susceptíveis a apresentarem quadros mais graves e recuperação mais lenta nos eventos agudos, com aumento da mortalidade, piora das incapacidades

e perda da qualidade de vida. É sabido que estes pacientes, quando internados, apresentam perda óssea e muscular acelerada. Também são susceptíveis a apresentarem sintomas desconfortáveis, muitas vezes subdiagnosticados e tratados, como dor e delírium.

São muitos os instrumentos de avaliação de fragilidade. Um deles, é interessante para uso hospitalar pelo rápido tempo de aplicação e boa correlação da síndrome com sua intensidade. Chama-se

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Clinical Frailty Scale (CFS). Já existe a versão validada para o português do Brasil.

Nos departamentos de emergência, é comum a preocupação com os quadros agudos que motivaram a internação, mas a avaliação da fragilidade e a realização de seu diagnóstico deve ser parte obrigatória da primeira avaliação de toda pessoa idosa que entra neste setor. O problema surge de não se reconhecer quão intimamente estão ligados a fragilidade à gravidade das doenças.

Detectar a fragilidade neste setor permite que melhores decisões sejam tomadas para o paciente, propondo tratamentos mais assertivos e proporcionais às suas necessidades. Isso gera melhor qualidade de assistência, maior satisfação do paciente e família e evita gastos desnecessários e sofrimento com tratamentos fúteis.

Pacientes frágeis devem ficar pouco tempo em salas de emergência. Quanto mais rápida for a decisão do tratamento, adequado e proporcional às suas necessidades, com transferência para o setor específico dentro da instituição, melhor será a evolução clínica, com menor índice de delirium e de eventos adversos e conseqüentemente menor tempo de internação e risco de piora funcional.

Pacientes internados para realização de procedimentos cirúrgicos também devem ser avaliados para fragilidade no pré-operatório, tanto para ajudar no

processo de decisão do procedimento mais adequado e alocação correta de recursos cirúrgicos. O “olhar do geriatra e do paliativista”, em co-manejo com o cirurgião, facilita estas decisões. Perceber a fragilidade e a vulnerabilidade do paciente, permite entender melhor qual será seu prognóstico, sua capacidade de recuperação do estresse cirúrgico e o seu potencial de reabilitação.

Vale destacar que ter uma conversa com o paciente antes do procedimento, explicando-lhe as questões técnicas e acessando seus valores e desejos, permite uma decisão compartilhada e muito mais assertiva no pré-operatório.

Dentro dos hospitais, nos centros de terapia intensiva, diagnosticar a fragilidade é imprescindível para definir o prognóstico e a melhor abordagem terapêutica.

Pacientes frágeis, especialmente os mais frágeis, tem menor probabilidade de se beneficiarem de encaminhamento para este setor. Podem ter piores desfechos, maior sofrimento e sentir mais o distanciamento do contato familiar.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

O critério de admissão deve ser criterioso. Pensando nisso, o Conselho Federal de Medicina, publicou a Resolução CFM N° 2.156/2016 que estabelece critérios para admissão em CTI.

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Percebe-se que os pacientes muito frágeis são os últimos em prioridade para admissão em CTI.

Outra situação frequente, é o paciente que não possuía fragilidade à admissão na terapia intensiva, mas que apresenta uma evolução clínica desfavorável, internação prolongada, baixa reserva de resposta aos eventos estressores, múltiplas sepSES e intensa fragilização. É desejável que neste caso, a equipe de Cuidados Paliativos seja acionada para junto aos intensivistas, se rediscutir o plano terapêutico, traçando metas proporcionais ao caso e estratégias de redução de desconforto e sofrimento.

Tem um estudo, publicado em 2017, que avaliou prospectivamente pacientes maiores de 65 anos que ficaram em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda. Foram avaliados uma semana antes da alta e um mês após a alta. Comparou-se os desfechos entre os idosos frágeis e não frágeis. Do 1º grupo, 30% faleciam em 6 meses; 2/3 precisariam de cuidados pós agudos e evoluíam com maior incapacidade cognitiva, maior dependência e maior risco de morte. Somente 6% destes pacientes frágeis receberam avaliação dos cuidados paliativos, embora a maioria tenha expressado, uma semana antes da alta, desejo por discussão de proporcionalidade terapêutica. Possivelmente estes pacientes, por não possuírem um diagnóstico específico de uma nosologia avançada, não foram adequadamente identificados para fragilidade e considerados com necessidade de cuidados paliativos.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Atendimento Ambulatorial

Da mesma forma que no ambiente hospitalar, a avaliação de fragilidade é fundamental durante o acompanhamento do paciente em nível ambulatorial.

Normalmente, os pacientes ambulatoriais, apresentam funcionalidade melhor para conseguirem se deslocar e costumam ser menos frágeis do que os pacientes que estão internados em hospitais ou que estão em domicílio. O ambulatório é o melhor cenário para se detectar uma pessoa idosa em risco de fragilização ou em graus mais leves destas, com indicação de abordagens específicas e enfoque em reabilitação.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) é o “padrão-ouro” para o diagnóstico da fragilidade, porém muitas vezes, pelo tempo prolongado de realização, não é factível em ambulatórios não geriátricos. É possível então escolher algum instrumento de avaliação já citados anteriormente (vide escala de fragilidade- CFS).

Em ambulatórios de oncologia, por exemplo, é importante avaliar o paciente quanto à fragilidade para definir a probabilidade dele se beneficiar do tratamento oncológico. Diagnosticar esta condição contribui para a realização de um prognóstico mais preciso e facilita uma tomada de decisão mais acertada, lembrando-se sempre da importância de

se alinhar a proposta terapêutica com os valores e desejos do paciente.

Encaminhar o paciente para um programa de reabilitação antes da quimioterapia ou cirurgia, por exemplo (em casos em que isso seja possível), pode reduzir os riscos de morbidade e mortalidade associados à fragilidade. Fundamental também encaminhar o paciente frágil para reabilitação após o tratamento.

Pacientes portadores de outros quadros, como falências orgânicas, quadros neuro-degenerativos, acidentes vasculares encefálicos (AVEs), etc, que são seguidos em ambulatório, também devem ser avaliados quanto à fragilidade. Assim como nos pacientes oncológicos, diagnosticar que o paciente é frágil, permite uma tomada de decisão mais acertada para seu tratamento e o estabelecimento de metas realistas e alcançáveis para o caso. Normalmente, estes pacientes e seus familiares apresentam maior grau de sofrimento e perda de qualidade de vida. A avaliação destes pacientes por uma equipe de Cuidados Paliativos também é desejável para ajudar na organização do plano terapêutico e ajudar a orientar medidas de redução do sofrimento. Para se alcançar este objetivo, é fundamental o trabalho em equipe, com abordagem multiprofissional, que serão especificadas nos próximos capítulos.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Atendimento Domiciliar



Os cuidados paliativos domiciliares são cuidados à pessoas com problemas de saúde crônicos que limitam a vida, tais como a síndrome de fragilidade em sua fase mais grave, realizados no local onde o paciente mora. É melhor administrado por uma equipe multidisciplinar treinada em cuidados paliativos, incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e voluntários.

Há uma série de vantagens nos cuidados paliativos domiciliares em muitas situações. Por exemplo, muitos pacientes se sentem mais confortáveis em casa do que em um ambiente de saúde. Um serviço domiciliar significa que os membros da

família sejam integrados no processo, o que por sua vez significa que o paciente tem fácil acesso ao cuidado. Uma abordagem domiciliar oferece aconselhamento e apoio aos membros da família, ajudando-os como cuidadores, e facilitando o encaminhamento para serviços adicionais.

Por um lado, os cuidados domiciliares ajudam o paciente e a família a manter a privacidade e a confidencialidade, mas por outro lado, ajudam a aumentar a consciência da comunidade sobre os cuidados paliativos. Recursos locais e as redes de apoio podem ser mobilizadas e a formação pode ser fornecida por agentes comunitários de saúde para outros pacientes de sua região.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Um serviço básico, seja público ou privado, de cuidados paliativos domiciliares precisa de requisitos mínimos para o melhor cuidado:

- 1.** Para pacientes com deficiência e aqueles que estão perto do fim da vida, um cuidador familiar deve cuidar do paciente tão bem quanto possível.
- 2.** Os ambientes domiciliares devem ser seguros para a visita da equipe de atendimento domiciliar e devem ser acessíveis.
- 3.** Deve haver local para armazenar medicamentos e equipamentos, bem como discutir o plano de cuidado e planejar visitas.
- 4.** Há a necessidade de disponibilizar transporte para permitir que a equipe visite as casas dos pacientes.
- 5.** Os membros da equipe também precisam de dispositivos móveis de comunicação para que possam manter contato com pacientes e familiares 24 horas por dia. Os pacientes e seus cuidadores devem poder entrar em contato com a equipe de atendimento domiciliar fora do horário das visitas.

Uma enfermeira (o) e um médico (a) por tempo parcial são os requisitos mínimos para uma equipe de cuidados domiciliares, embora isso dependa das normas regulatórias e do sistema de saúde do país. Uma equipe multidisciplinar de enfermeiros, médicos, psicólogos/conselheiros, assistentes sociais e voluntários treinados ou agentes comunitários de saúde é ideal.

O treinamento da equipe deve incluir componentes teóricos e práticos. O treinamento também deve ser oferecido aos cuidadores familiares, com informações impressas simples sobre o gerenciamento do cuidado do paciente no domicílio.

Formulários padronizados devem ser usados para documentar os registros do paciente. Um registro de saúde deve ser mantido para cada paciente. Registros de utilização de todos os medicamentos (e especialmente opioides) devem ser mantidos em conformidade com as leis e regulamentos locais.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Atendimento em Instituição de Longa Permanência para a Pessoa Idosa (ILPI)

Pessoas idosas frágeis estão mais propensas a morar em instituições, são hospitalizadas com mais frequência e experimentam maior mortalidade. A maioria delas são cuidadas por seus clínicos na sua última fase de vida. Para estas pessoas, o desenvolvimento de plano avançado de cuidado na atenção primária é uma importante estratégia. As ILPIs comumente são locais de moradia para pessoas idosas frágeis e com alta dependência. Estas pessoas apresentam alto risco de mortalidade, correspondendo a 30% da mortalidade nesta população.

Aplicar os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, como o alívio dos sintomas, abordando aspectos físicos, psicossociais e necessidades espirituais, preservando a autonomia e dignidade, irá apoiá-los a permanecer em seu lugar de preferência, mesmo quando gravemente fragilizado ou aproximando-se do fim de suas vidas. Além disso, a abordagem multidisciplinar é vista como essencial para fornecer cuidados sustentáveis centrados no paciente e na família. Tal conceito foi delineado pela Associação Europeia para Cuidados Paliativos e foi proposto para integrar os princípios de cuidados paliativos em ambientes não especializados.

Os clínicos gerais e os enfermeiros comunitários têm um papel fundamental

na prestação de cuidados de fim de vida na comunidade para pacientes e suas famílias. Ao mesmo tempo, a necessidade de aprimoramento da interdisciplinaridade, colaboração, comunicação médico-paciente e oportunidades de treinamento em cuidados paliativos para cuidados primários é importante. Evidências indicam que, incerteza da trajetória da doença, ambiguidade de papéis, e a falta de colaboração interprofissional e coordenação em saúde são percebidas como barreiras para a prestação de cuidados paliativos na comunidade. Além disso, integrar a prestação destes cuidados na rotina diária, além do número de pacientes, parecem ser dificultadores para os clínicos gerais ou médicos de família e para enfermeiras comunitárias.

Pesquisa sobre as perspectivas dos residentes e famílias das ILPIs confirma que estes desejam participação na tomada de decisão em cuidados de conforto no final da vida. Também desejam acesso às informações sobre cuidados de fim de vida e oportunidades para compartilhar seus sentimentos sobre a morte de um colega residente com outros cuidadores.

Em muitos países, mais de 1 em cada 4 pessoas morre numa ILPI e espera-se que isto aumente substancialmente no futuro. Pesquisas têm mostrado consistentemente

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

que a qualidade dos cuidados de fim de vida e da morte é subótima em muitas ILPI. Uma proporção considerável de residentes morre com sintomas não reconhecidos, subtratados e após múltiplas hospitalizações e/ou tratamentos onerosos que prolongam a vida de forma fútil em seus últimos meses (distanásia). Ainda, o acesso aos serviços de cuidados paliativos é geralmente baixo, assim como o conhecimento da equipe sobre esta área de atuação.

Os idosos frágeis têm problemas complexos, necessidades médicas e funcionais, e famílias, enfermeiros, e

auxiliares de cuidados necessitam de envolvimento e colaboração significativos com a equipe médica para tomada de decisão de conforto no final da vida. Uma busca na literatura sobre modelos de cuidados paliativos em instituição de longa permanência sugere que os cuidados ideais incluem: envolvimento familiar, acesso a cuidados paliativos especializados, educação e treinamento em cuidados de fim de vida, apoio para enfermeiros e auxiliares de saúde, identificação precoce de sintomas iminentes de fim de vida pela equipe assistente com pronta comunicação aos médicos.



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem Médica

Prioridades nos cuidados de pessoas idosas frágeis ao longo da trajetória da doença

Fragilidade leve

- Identificar questões de segurança
- Discutir valores e objetivos do cuidado
- Avaliar função física e psicológica
- Proporcionar elaboração ou revisão de diretivas antecipadas de vontade, incluindo procurador de saúde ou tomada de decisão apoiada
- Abordar manejo de sintomas relacionados à multimorbidade

Fragilidade Moderada

- Realizar avaliação detalhada dos sintomas e elaborar plano de tratamento para dor e outros sintomas
- Revisar metas, valores e diretivas antecipadas incluindo situações específicas sobre local do óbito, uso de antibióticos e alimentação no fim da vida
- Revisar medicações e desprescrever medicações não alinhadas aos objetivos do cuidado e expectativa de sobrevivência

Fragilidade grave

- Avaliar o sofrimento e necessidades do cuidador
- Promover conversas transparentes sobre doenças graves, equilibrando expectativas de esperança a realidade com empatia

Fragilidade muito grave

- Apoiar desenvolvimento do legado
- Apoiar plano de cuidados avançados (Ex: decisão sobre local de óbito)
- Garantir tratamento adequado de dor e outros sintomas, incluindo acesso a medicamentos essenciais
- Treinamento de equipe sobre hipodermóclise e medicações possíveis a este acesso
- Priorizar medicações essenciais e desprescrever medicações não alinhadas a expectativa de sobrevivência e com potencial de efeitos adversos (ex: estatinas)
- Adequar alimentação alinhada aos objetivos de cuidado e controle de sintomas (ex: hipersecreção)
- Psico-educação sobre alimentação de conforto, se indicado ao contexto
- Oferecer cuidados de fim de vida alinhados aos objetivos de cuidado (ex: indicação de antibiótico no fim da vida)
- Fornecer apoio psicossocial e espiritual centrado na pessoa
- Realizar intervenções sensíveis às escolhas psico-sociais e espirituais do indivíduo
- Psicoeducação para morte de cuidadores e equipes de saúde
- Oferecer apoio ao luto antecipatório dos cuidadores
- Educação sobre situações práticas e burocráticas relacionadas ao óbito no domicílio ou ILPI



Contribuições da Fonoaudiologia

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Fonoaudiologia

Distúrbios da Comunicação em Pessoas Idosas com Fragilidade

Iniciaremos este capítulo pela discussão dos distúrbios da comunicação presentes na fragilidade, pelo fato de serem menos abordados em comparação à disfagia, embora ambos os distúrbios sejam dignos de atenção.

Fonoaudiólogos e outros profissionais que lidam com pessoas idosas (PI) devem estar atentos ao fato de que déficits da comunicação muitas vezes terão de ser identificados ativamente nestes pacientes com fragilidade. Isto porque, devido ao idadismo, muitas pessoas acreditam erroneamente que tais alterações sejam parte do envelhecimento natural e os próprios idosos frágeis podem não estar conscientes de que suas habilidades de comunicação estão diminuindo. Essa situação é agravada pela dificuldade diagnóstica da síndrome da fragilidade, cujas dificuldades também são interpretadas comumente como envelhecimento natural.

A comunicação comprometida em PI pode ter consequências negativas, como aumento do isolamento social e da dependência de outras pessoas, dificuldade em expressar sua vontade e preferências, dificuldade para ter acesso a cuidados de saúde no tempo necessário. Há evidências de que, no ambiente hospitalar, a alteração de comunicação gere probabilidade três vezes maior de a pessoa sofrer eventos adversos e de que seja fator associado a quedas.

Estudo irlandês em pronto atendimento realizou triagem em 518 pessoas com 75 anos ou mais em 2021 e 2022, das quais 23% (idade média de 82,4 (+/- 6,4) anos, 54% do sexo masculino) necessitaram de avaliação fonoaudiológica. Esses pacientes apresentavam altas taxas de fragilidade, suspeita de “delirium” em 45%, suspeita de desnutrição em 75% e provável sarcopenia em 75%. Mudanças na comunicação habitual foram identificadas em 57%; dificuldades de comunicação associadas à cognição estiveram presentes em 38%, disartria em 11%, disфонia em 8%, tendo sido a intervenção fonoaudiológica iniciada ainda no pronto atendimento.

Estudo que comparou a voz entre PI robustas e com fragilidade verificou que a desvantagem vocal (impacto de um problema vocal) e a alteração do “status” cognitivo foram maiores nas PI frágeis, tendo sido os componentes de fragilidade mais relacionados à desvantagem vocal, à exaustão e à perda de peso. Os autores recomendaram a triagem rotineira de fragilidade física e cognição como parte de uma avaliação vocal completa para idosos.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Fonoaudiologia

Embora não haja estudos aprofundados sobre o mecanismo da fragilidade e suas repercussões na comunicação, sabe-se que estes podem advir das condições frequentemente associadas à esta síndrome, assim como das alterações que a caracterizam. Esta pode, também, exacerbar distúrbios de comunicação prévios

e/ou trazer a vulnerabilidade comunicativa. O conceito desta inclui qualquer falha no processo de comunicação entre a pessoa e seu interlocutor, levando à desautorização ou privação dela em participar de forma ativa de sua recuperação, incluindo, portanto, a oportunidade de a pessoa se comunicar.

Disfagia Orofaríngea em Pessoas Idosas com Fragilidade

A disfagia orofaríngea é a alteração no transporte de alimentos, secreções, líquidos ou saliva, desde o seu trajeto inicial na boca até a sua transição da faringe ao esôfago, comprometendo a segurança e ou a eficiência do processo de deglutição. Sua importância reside na relação com nutrição, hidratação e saúde pulmonar, bem como no seu papel de prazer, socialização, autoimagem e conforto - inclusive ao final de vida.

Revisão sistemática com metanálise recente demonstrou uma associação significativa entre disfagia e o risco de fragilidade e pré fragilidade (OR 3,24; IC 95% 2,51–4,20) em pessoas com 50 anos ou mais residentes na comunidade, em instituições de longa permanência ou hospitalizados. Os autores propuseram incluir a avaliação da disfagia como fator crítico no modelo de déficit cumulativo para identificação de fragilidade nas pessoas idosas, e afirmaram que compreender a disfagia e o papel

potencial dos suplementos nutricionais pode levar a melhores estratégias para prevenir, retardar ou mitigar a fragilidade.



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Fonoaudiologia

No estudo realizado em pronto atendimento mencionado anteriormente, a disfagia orofaríngea foi identificada em 43%, com 6% apresentando sinais/sintomas de disfagia esofágica. Não se sabe se a associação entre fragilidade e disfagia orofaríngea é de causa-consequência.

Estudo com 45 PI com fragilidade encontrou resíduo de líquido na valécula após a deglutição em 42,8%, da consistência néctar em 50% e, na consistência pudim, em 63,3%. Em seios piriformes, o resíduo foi observado em 19,3% das PI na deglutição de líquido, em 20% na deglutição de néctar e em 38,5% na deglutição de pudim. O resíduo faríngeo aumentou significativamente com o aumento do volume na consistência pudim. Aqui vale ressaltar que a nomenclatura desse estudo para consistências alimentares e de bebidas – pudim, néctar e líquido - difere da que recomendamos neste capítulo: a Iniciativa Internacional de Padronização de Dietas para Disfagia (IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), a qual se utiliza de níveis numéricos (0 a 7) e cores além do nome de cada consistência, e propõe métodos de testagem universal, possibilitando que qualquer pessoa, sendo ou não da área da saúde, possa identificar a consistência de determinado alimento/bebida.

A penetração durante o fechamento laríngeo na fase faríngea da deglutição foi a causa mais frequente de alteração na segurança da alimentação, presente em até 57,1% das PI durante a deglutição de líquido

em até 52,8% durante a deglutição de néctar. De acordo com a Escala de Rosenbek, 40% das PI com alteração na segurança da alimentação mostraram penetrações severas (níveis 3-5). A aspiração durante a deglutição foi observada em 17,1% das PI durante a deglutição de líquido, 9,1% na de néctar e 6,8% com pudim. 32,5% das PI com alteração na segurança tinham aspiração silente nível 8; 4,5% das aspirações foram causadas por resíduo faríngeo após a deglutição. As PI com fragilidade e alteração da segurança da deglutição, quando comparadas às PI com fragilidade sem alteração na segurança da deglutição, apresentaram atraso no fechamento laríngeo, força de propulsão similar, capacidade funcional diminuída e maiores taxas de mortalidade em até um ano (51,7% “versus” 13,3%, $p=0,021$). As PI com fragilidade e resíduo faríngeo, comparadas às PI sem resíduo faríngeo, apresentaram alteração na propulsão lingual, aumento no tempo requerido até a excursão laríngea máxima e maiores taxas de mortalidade em até um ano (56% “versus” 15,8%, $p=0,012$). Os autores deste estudo afirmam que a disfagia orofaríngea apresentada tem características neurogênicas e miogênicas. Aqui é importante enfatizar que os estudos têm focado o papel da disfagia sarcopênica – decorrente de perda muscular – e pouco se comenta que as demais características da fragilidade, mesmo quando não associada a doenças neurológicas, envolvem processo fisiopatológico associado também à disfagia neurogênica (decorrente de alteração neurológica).

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Fonoaudiologia

Intervenção fonoaudiológica – distúrbios da comunicação e da deglutição

Em ambos os casos, a atenção será centrada na pessoa e baseada em evidências, o que significa que a decisão compartilhada tem papel central no processo. Este se inicia por avaliação, tendo-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como modelo que garante a dimensão necessária à contemplação de todas as dificuldades e potencialidades. Assim, consideram-se estruturas e funções do corpo (relacionados aos sistemas digestório, respiratório, musculoesquelético, neurológico e cognitivo), atividades (fala/linguagem oral/linguagem escrita/deglutição/alimentação etc.), participação, fatores pessoais e contextuais. Para tal, utiliza-se anamnese, procedimentos formais e informais de avaliação por observação direta, além de avaliação instrumental quando indicados (no caso da deglutição, videoendoscopia da deglutição ou videofluoroscopia da deglutição), auto-percepção das dificuldades e de impacto em suas vidas. Conhecer crenças e valores da PI e família também são fundamentais.

Os procedimentos terapêuticos serão baseados no que foi identificado na avaliação e, portanto, serão indicados individualmente. Incluem estratégias reabilitadoras e compensatórias, considerando-se a prática baseada em evidências - associação entre a melhor evidência disponível, a expertise profissional e os valores e preferências da pessoa e família. Exemplos de estratégias reabilitadoras “versus” compensatórias em diferentes distúrbios podem incluir:

a orientação de fazer mais pausas
numa frase para não se cansar
enquanto fala

X

realizar exercícios de melhoria
de aporte respiratório
durante a fala

uso de prancha de comunicação
suplementar ou alternativa

X

exercícios para estimular a
elaboração oral de frases

orientação para utilizar
preferencialmente líquidos
com sabor e gás

X

estimulação tátil térmica
gustativa para melhorar
a sensibilidade oral
durante a deglutição

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Fonoaudiologia

Obviamente são exemplos, mas que podem traduzir a vastidão e recursos terapêuticos que podem compor o plano de cuidados, cuja escolha depende de muitos fatores. Há, ainda, a possibilidade de associação entre estratégias compensatórias e reabilitadoras. A aplicação do modelo biopsicossocial da CIF para guiar o processo de avaliação torna mais provável o processo de identificação dos quadros de vulnerabilidade comunicativa e, portanto, as intervenções levarão em consideração não somente as dificuldades comunicativas em si, mas a busca por recursos que garantam o máximo de funcionalidade comunicativa, inclusive por meio de mudanças no comportamento do interlocutor, incluindo-se o treinamento de cuidadores para usarem estratégias compensatórias de dificuldades de comunicação, quando necessário.

A abordagem da comunicação e da deglutição neste grupo se dá em equipe, iniciando-se pela avaliação multidimensional da pessoa idosa, e inclui a consideração de quais déficits são temporários e quais são sequelas, a proporcionalidade terapêutica das estratégias adotadas e o plano de cuidados geral para o paciente. Este plano inclui a definição do enfoque dos cuidados paliativos - concomitantes ao tratamento modificador da doença, predominantes ou exclusivos. Depende, também, do ponto da rede de atenção à saúde em que os cuidados estão sendo prestados (ex.: a intervenção durante a internação hospitalar terá objetivos diferentes de intervenção em domicílio).

A atuação fonoaudiológica resolutiva nesses casos requer competências em Gerontologia e Cuidados Paliativos, incluindo aspectos técnicos e humanísticos, sendo necessário valer-se de estratégias formativas diferenciadas para seu desenvolvimento adequado.



Abordagem da Fisioterapia

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem da Fisioterapia

A fragilidade é um dos principais contribuintes para o declínio funcional e a mortalidade precoce nas pessoas idosas, necessitando de extrema atenção por parte da equipe multidisciplinar de saúde, além de uma efetiva comunicação entre os profissionais para a devida identificação dessa condição clínica e intervenção adequada, seja no ambiente domiciliar, hospitalar, instituição de longa permanência para a pessoa idosa (ILPI), centro-dia, dentre outros. A condição é definida como “um estado clínico em que há aumento da vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um estressor”.

A fragilidade não é uma parte obrigatória do processo de envelhecimento e muitos adultos atingem idades avançadas sem desenvolver fragilidade. Alguns fatores de risco de fragilidade a longo prazo já foram identificados, dentre eles sobrepeso/obesidade, inatividade física e risco cardiovascular, impactando negativamente em múltiplos resultados adversos à saúde, como incapacidade, lesões teciduais, quedas e hospitalizações.

Como bem já descrito nesta cartilha sobre a classificação da síndrome da fragilidade em robusta, pré-frágil e frágil, a atuação da Fisioterapia tem papel muito importante junto à equipe de saúde no manejo interdisciplinar. Isso se dá desde a atenção primária, fornecendo abordagem preventiva, através de ações de educação em saúde e orientação quanto à importância da prática dos exercícios contínuos as pessoas idosas mais saudáveis (característica robusta), quanto uma abordagem mais direta e individualizada de intervenção para pessoas idosas pré-frágeis e frágeis.

Antes de se pensar nas estratégias de intervenções é de suma importância a devida identificação/rastreamento das pessoas idosas quanto à fragilidade. Para isso, utiliza-se instrumentos validados e adequados ao cenário ou contexto específico. Pela característica do quadro clínico da síndrome da fragilidade, deve-se analisar criteriosamente a marcha, a força muscular (força de preensão palmar e grupos musculares de membros superiores e inferiores), mobilidade, equilíbrio, avaliação das atividades de vida diária, verificação e acompanhamento da percepção de esforço do paciente (autorrelato de fadiga), questionamento quanto aos aspectos nutricionais, além de toda uma avaliação mais ampla do estado de saúde, conhecimento das comorbidades, observação quanto à polifarmácia, dentre outros.

Diante da identificação das necessidades do indivíduo, o plano de intervenções fisioterapêuticas deve ser capaz de contribuir positivamente para a transição nas diversas classes de fragilidade e possibilitar um restabelecimento de sua

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem da Fisioterapia

funcionalidade. Assim, estratégias para preservar ou melhorar o estado funcional será elaborado, devendo considerar a função sistêmica além do condicionamento muscular.

A atividade/exercício físico é considerada uma das principais estratégias para combater o comprometimento físico relacionado à fragilidade nas pessoas idosas devido ao seu efeito redutor de dano oxidativo relacionado à idade e à inflamação crônica, além de melhorar também a função mitocondrial, o perfil de miocinas, dentre outros. As intervenções de exercício visam o trabalho de resistência (força e potência), favorecendo manter ou mesmo aumentar a massa magra, condicionamento aeróbico, equilíbrio, flexibilidade e mobilidade. Cada um destes tipos melhora diferentes aspectos do funcionamento físico, embora possam ser combinados de acordo com os objetivos e necessidades terapêuticas prescritas pelo fisioterapeuta (intervenção multicomponente).

Outras estratégias devem complementar e/ou estarem associadas aos exercícios físicos. São elas: Treino de equilíbrio estático e dinâmico (bipodal - com estímulo a diminuição de base de suporte, assim como dentro das possibilidades evoluindo para unipodal), treino de transferências, fortalecimento da musculatura respiratória para preservação de força pulmonar. Além disso, vale ressaltar a importância da prescrição do tipo

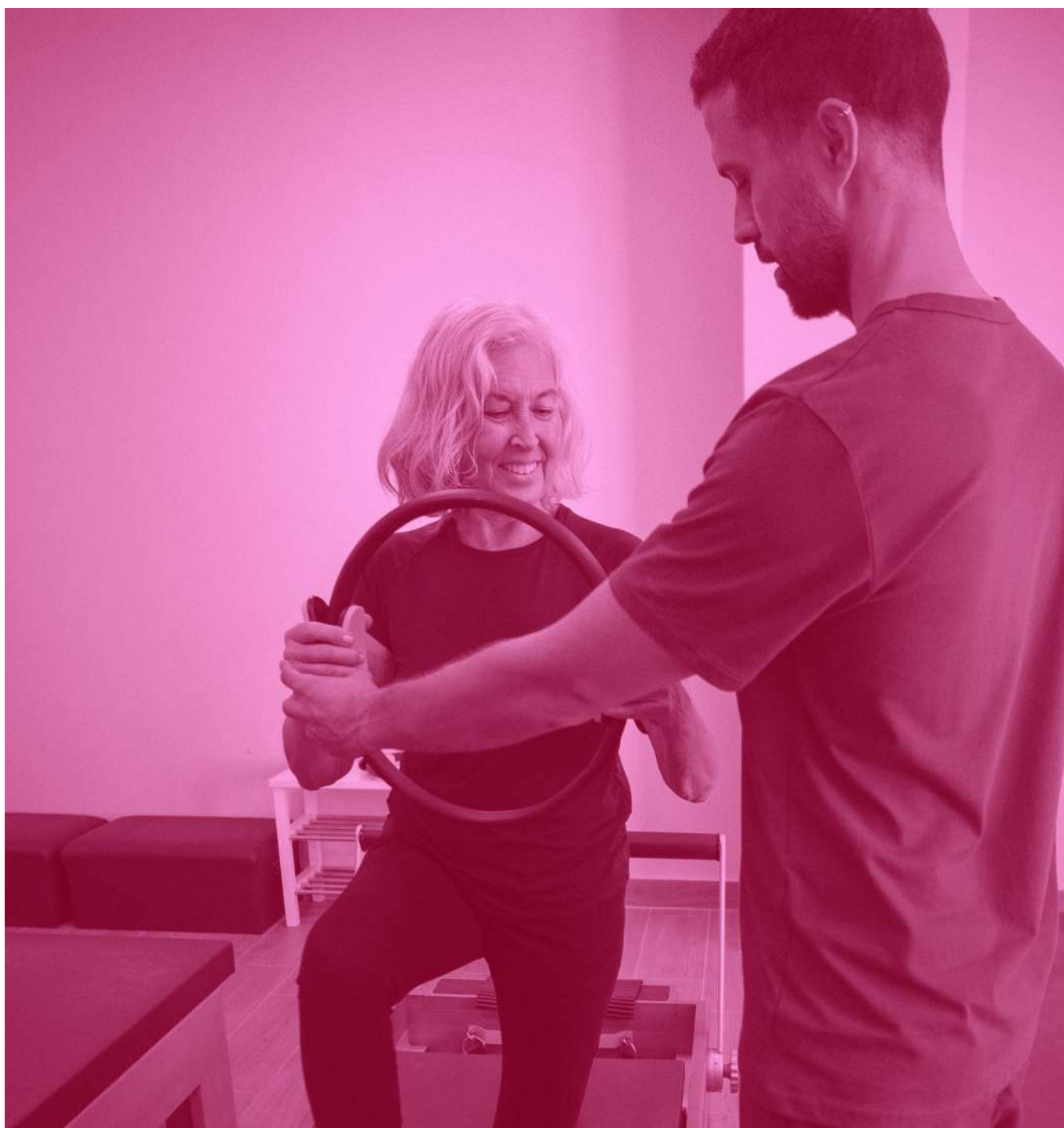
adequado de dispositivo de auxílio a marcha (DAM) se for necessário (bengalas, muletas, andadores), juntamente acompanhado de treinamento para seu uso, naqueles em condições clínicas e funcionais de manterem a deambulação. Já nos casos de pessoas idosas com mobilidade extremamente restrita e dependentes nas atividades do dia a dia, a atenção e o cuidado devem ser, dentre outras coisas: preservar a funcionalidade existente, realizar adequações posturais e proporcionar conforto quando estiver no leito, orientar cuidadores quanto ao manejo mais adequado nas transferências de decúbito, fornecer alívio do sofrimento físico (dor) e dar suporte e acompanhamento às famílias sempre que necessário no curso da doença.

Enfatizamos que a proposta terapêutica seja sempre significativa e prazerosa para a pessoa idosa, dessa forma fica mais fácil a prática regular assim como a adesão. Isso, a depender sempre de uma abordagem individualizada, centrada na pessoa, cabendo entender as condições clínico-funcionais e o estado desse paciente no momento das intervenções (para os devidos e adequados ajustes de frequência semanal e tempo de atendimento de acordo com cada ocasião), tendo sensibilidade e respeitando, além da condição clínica, também os múltiplos aspectos biopsicossociais a cada atendimento.

Pode ser utilizado diversidades de meios físicos, como por exemplo, exercícios

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Abordagem da Fisioterapia

no solo e na água (Fisioterapia Aquática) e estratégias que também possam proporcionar momentos de grupo otimizando um convívio social, estímulos cognitivos diversos e a prática de toda uma proposta terapêutica através dos exercícios.



Contribuições da Nutrição



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Nutrição

Introdução

A nutrição e a fragilidade estão intimamente relacionadas; uma vez que a suscetibilidade da regulação homeostática ocasionada por esta síndrome é decorrente de alterações nos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico. Todo este processo pode levar a perda de peso, sarcopenia, redução da força e mobilidade, lentidão, inatividade física e baixo gasto energético; além de estarem associadas à comorbidades e à desnutrição crônica.

A vulnerabilidade do quadro multissistêmico da pessoa idosa com fragilidade é o que caracteriza a necessidade de uma abordagem paliativa, para além da gerontológica, e o diferencia daqueles com comorbidades sem fragilidade.

Dados apontam que até 90% das pessoas idosas com desnutrição também apresentam fragilidade e, sendo a nutrição um fator modificável, muitos estudos têm analisado abordagens relacionadas à alimentação como tratamento da síndrome da fragilidade.

A suplementação é uma terapia comum para tratar a desnutrição e é recomendada com nível de evidência A pela Sociedade Europeia de Nutrição Parenteral e Enteral (ESPEN) para melhorar ou manter o estado de saúde das pessoas idosas frágeis. Os suplementos fornecem nutrientes e substâncias com efeitos biologicamente

benéficos na massa muscular, na força muscular (força de preensão palmar) e no desempenho físico (velocidade da marcha e equilíbrio dinâmico) nestes pacientes. Porém, a suplementação nutricional isolada não apresentava tantos benefícios quando comparada ao trabalho integrado da equipe transprofissional. Tais intervenções configuram a Reabilitação Nutricional Paliativa.

A pessoa idosa com fragilidade avançada, com comprometimento da capacidade funcional, muda a fase do cuidado; considerando que a complexidade das necessidades aumenta e, conseqüentemente, a abordagem nutricional também se modifica.



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Nutrição

Contribuições da Nutrição

Ao considerar o impacto da alimentação balanceada na promoção do envelhecimento saudável e no controle e tratamento rigoroso de doenças crônicas, a nutrição deve ser parte essencial das estratégias de prevenção de síndrome de fragilidade, de interrupção da evolução da pré-fragilidade para a fragilidade e da reversão parcial desta última.

O olhar do profissional qualificado repercute de forma positiva na avaliação, tratamento e desfecho, a partir do conhecimento do estado nutricional e identificação daqueles indivíduos que se beneficiam do tratamento e da elaboração de estratégias nutricionais individualizadas. Diante da perda ponderal não intencional, é recomendada a avaliação do risco de desnutrição para identificar condições que possam contribuir para a fragilidade através de instrumentos de avaliação nutricional validados, como: Mini Avaliação Nutricional (MNA), MNA-Short form (versão reduzida), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) ou Nutritional risk screening (NRS 2002).

Tanto a desnutrição quanto a sarcopenia compartilham sintomas semelhantes com a fragilidade. Com o primeiro tem-se a perda de peso, exaustão, fraqueza e lentidão. Com o segundo, baixa força de preensão palmar, velocidade de marcha e massa muscular. Dessa forma,

intervenções nutricionais para abordar ambas as condições seriam consideradas mais adequadas para promover melhor condição física, maior mobilidade e melhora do estado de fragilidade.

Estudos indicam que intervenções nutricionais associadas ao exercício físico podem reduzir o risco de desfechos adversos à saúde, como queda, hospitalização e maior dependência para atividades básicas de vida diária, sendo portanto recomendadas avaliação dietética para identificação de deficiências nutricionais e estratégias nutricionais para otimizar o consumo alimentar de pacientes com fragilidade ou pré-fragilidade assim como o consumo de alimentos fontes de proteína e suplementos proteicos.

É importante considerar o adequado consumo calórico com o objetivo de manter e ou recuperar peso e estado nutricional. Para isso, recomenda-se a oferta de, pelo menos, 30 calorias por quilo de peso ao dia. Na condição de baixo peso, sugere-se como alvo calórico de 32 a 38 calorias por quilo de peso ao dia. Suplementos nutricionais orais (ONS) podem servir como fonte de energia e proteína para tal finalidade.

A proteína é recomendada igualmente distribuída por três refeições principais (desjejum, almoço e jantar), em porções de 25–30 g de proteína de alto valor biológico

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Nutrição

por refeição com o objetivo de otimizar a captação de aminoácidos e promover a síntese proteica muscular nas pessoas idosas. Doses entre 2,0 e 2,8 g de leucina fornecidos a cada refeição diária também demonstrou estimular a síntese proteica e inibir o catabolismo muscular.

Apesar das evidências pré-clínicas e clínicas demonstrarem efeitos da suplementação de creatina ($\geq 3\text{g/dia}$) e HMB (3g/dia) em múltiplos mecanismos fisiopatológicos associados à fragilidade (como aumento da massa muscular, melhora do estado funcional e melhora da qualidade de vida dos indivíduos), as pesquisas que relacionam a suplementação desses nutrientes associados à fragilidade ainda são muito limitadas.

A suplementação de vitamina D no tratamento da fragilidade permanece polêmica, sendo que as diretrizes atuais sugerem que, embora a suplementação de vitamina D melhore a força muscular e outras características da fragilidade, só deve ser recomendado caso haja deficiência ou insuficiência.

Estudos indicam que a educação nutricional também melhora o desempenho e capacidade funcional nas pessoas idosas frágeis. Neste contexto, é importante oferecer o trabalho de uma equipe transprofissional que conheça as individualidades e os aspectos multidimensionais que estão envolvidos com o ato de alimentar e nutrir, sendo possível a elaboração do plano de cuidados centrado na pessoa, garantindo sua autonomia, com comunicação adequada e estratégias de cuidados nutricionais de pequeno, médio e longo prazo.

Em fase avançada de doença e fase final de vida, o cuidado nutricional tem o objetivo de proporcionar conforto; respeitando a aceitação individual e tolerância metabólica, otimizando a ressignificação da alimentação por meio do resgate da memória afetiva e da biografia alimentar. Por esta fase se caracterizar pela refratariedade (caquexia refratária) devido à irreversibilidade do estado nutricional, deve-se priorizar a alimentação de conforto, que objetiva o conforto afetivo e metabólico (independente da via de oferta: oral ou via alternativa de alimentação).

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Contribuições da Nutrição



Considerações Finais

A Nutrição é uma das protagonistas frente à complexidade da abordagem terapêutica multidimensional na síndrome da fragilidade. O acompanhamento nutricional associado ao trabalho transprofissional com terapias multimodais têm demonstrado levar a melhores desfechos em pacientes frágeis e pré-frágeis. O aumento da vulnerabilidade na fragilidade avançada traz o desafio de adequar o cuidado nutricional proporcionalmente às limitações metabólicas e funcionais.

O Papel da Equipe de Enfermagem



Fragilidade e Cuidados Paliativos: O Papel da Equipe de Enfermagem

Considerando a complexidade da fragilidade na pessoa idosa, o profissional de enfermagem desempenha um papel imprescindível na identificação e no cuidado destes pacientes, inclusive dispondo do diagnóstico “Síndrome do Idoso Frágil” como um diagnóstico de enfermagem específico para elaboração de seu raciocínio clínico e subsequente sistematização da assistência.

Vale levar ainda em consideração que dentro da taxonomia da NANDA-I ao qual pertence, um diagnóstico de síndrome é definido com um julgamento clínico que descreve as respostas humanas através da formação de um grupo específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem de maneira simultânea, sendo tratados melhor em conjunto por meio de intervenções similares demonstrando sua complexidade.

É necessário, portanto, que o profissional de enfermagem saiba identificar adequadamente quais fatores são habitualmente associados à fragilidade da pessoa idosa, seja ela atual ou iminente, além de orientar corretamente todos aqueles envolvidos no cuidado. Quanto maior a fragilidade, menor será sua funcionalidade e portanto sua capacidade de autocuidado e tolerância à realização de atividades, das mais complexas às mais simples (como a capacidade de mobilização) o que aumenta substancialmente o risco de lesões por pressão e o próprio risco de piora clínica (uma vez que muitas comorbidades atuam nesta população de maneira concomitante).

Além disso, as pessoas idosas frágeis são mais propensas ao desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas

não transmissíveis, anorexia, sarcopenia, osteopenia, déficit e incapacidades cognitivas. Para avaliação dessa fragilidade, habitualmente faz-se necessário o uso de ferramentas que avaliem o estado de saúde dessa população como a Escala de Fragilidade de Edmonton e o Modelo Unidimensional de Fragilidade (MUF) além da VES-13, dentre outras.

Daí a importância do profissional da enfermagem conhecer o processo do envelhecimento para saber encontrar estratégias que possam promover a autonomia e independência da pessoa idosa pelo máximo de tempo possível garantindo uma qualidade de vida adequada nos diferentes cenários do cuidado. Possivelmente, ao imaginar uma pessoa idosa frágil, se pense em uma pessoa sem possibilidade de acompanhamento ambulatorial. Algo que não necessariamente condiz com a realidade tendo em vista que o processo de envelhecimento e fragilização do indivíduo ocorrerá de maneira individual.

É possível que uma pessoa idosa frágil siga com suas atividades de vida diária até um certo momento, incluindo acompanhamento ambulatorial de profissionais de enfermagem. No entanto,

Fragilidade e Cuidados Paliativos: O Papel da Equipe de Enfermagem

estes profissionais precisam saber identificar quais pacientes possuem indicativos de uma perda de funcionalidade e consequente fragilidade iminentes.

Nos cuidados domiciliares, destaca-se a importância da correta avaliação funcional, emocional e física para promoção da saúde, amenizando assim o sofrimento, e melhorando a qualidade de vida destas pessoas. Isso é possível criando familiaridade com algumas das diversas escalas diretamente relacionadas à fragilidade mas também com algumas indiretamente relacionadas, como as escalas de Morse uma vez que existe relação conhecida entre quedas e fragilidade.

Ainda para a manutenção segura deste idoso no domicílio é importante que o profissional de enfermagem esteja atento para a possibilidade da polifarmácia, sendo este um fator conhecido para a fragilidade na pessoa idosa devido ao risco de interações medicamentosas e efeitos adversos como alterações nervosas e neuromusculares. Além disso, cabe ao profissional de enfermagem enquanto educador, orientar tanto ao paciente quanto aos seus cuidadores familiares sobre suas potencialidades dentro do cenário de cuidado uma vez que estes contribuem de forma significativa com a continuidade deste. É importante, inclusive, ter atenção a este cuidador sobre a possibilidade de sofrimento devido a carga de trabalho físico e emocional ao qual está sendo exposto.



Caso essa pessoa idosa já venha cronicamente em um estado de fragilidade é possível que se encontre em uma Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) tendo em vista que um dos maiores motivadores para internação neste local é justamente a necessidade de cuidados. Além disso, muitos destes pacientes possuem déficits cognitivos, o que também influencia em sua fragilidade. Neste cenário, muitas vezes se percebe ainda uma relação em que esta pessoa idosa costuma apresentar sintomas depressivos que contribuem com a fragilização, ou, devido à esta fragilização, se encontra propenso a estar depressivo, fazendo com que seja importante que o profissional de enfermagem esteja atendo a estes sinais.

No cenário hospitalar, considerando o cenário de maior complexidade é importante a identificação imediata de fragilidade do idoso dentro do contexto dos cuidados paliativos para evitar condutas por vezes iatrogênicas que podem desencadear uma cascata de perdas funcionais, devendo o profissional de enfermagem advogar pelo interesse dos pacientes sob seu cuidado.

Atuação da Terapia Ocupacional



Fragilidade e Cuidados Paliativos: Atuação da Terapia Ocupacional

Na atenção à população idosa o terapeuta ocupacional orienta a sua prática fundamentalmente pelo conceito de capacidade funcional. Esse profissional, busca a preservação e/ou aumento de habilidades necessárias para a continuidade da vida independente e autônoma. Devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na velhice, a capacidade funcional da pessoa idosa pode estar reduzida, o que interfere na manutenção das habilidades necessárias para a manutenção de uma vida com independência e autonomia e resulta em uma maior fragilidade. A atuação do terapeuta ocupacional com pacientes frágeis é de extrema importância, considerando a vulnerabilidade em que frequentemente se encontra esta população. O terapeuta ocupacional aborda a capacidade funcional da pessoa idosa, com foco no uso da ocupação, promovendo a saúde e a participação em diferentes cenários de prática.

A intervenção da Terapia Ocupacional inicia-se com o processo de avaliação, onde é identificada a história de vida da pessoa, habilidades e limitações presentes em suas atividades cotidianas nos diferentes contextos em que está inserido, além de serem levantadas as demandas funcionais. Na avaliação devem ser levantados: dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, entre outros); histórico ocupacional; queixas do paciente e/ou familiares/cuidadores; aspectos cognitivos e sensório-motores; presença de sintomas

desconfortáveis como dor e fadiga; funcionalidade nas atividades de vida diária; barreiras e facilitadores ambientais; rede de suporte familiar e de cuidadores. O uso de ferramentas que auxiliem na avaliação funcional da pessoa idosa é recomendado para que sejam identificadas habilidades e limitações. A avaliação do ambiente permite que sejam visualizadas situações, problemas e estratégias que influenciam na integração do paciente nesse ambiente.

À partir do processo de avaliação é elaborado um plano de intervenção. Este é um processo desenvolvido de modo individualizado de acordo com as demandas identificadas na avaliação, devendo possibilitar alterações dentro de possíveis mudanças na condição de saúde do paciente e deve ser reavaliado periodicamente. O terapeuta ocupacional, ao propor as intervenções, deverá considerar as necessidades, demandas e história de vida da pessoa idosa. Ainda, precisa compreender a condição de saúde atual, prognóstico e suas perspectivas. O contexto em que está inserido também deve ser considerado. É fundamental que as atividades a serem realizadas sejam significativas para estes pacientes.

Como já dito, as ações desenvolvidas visam a preservação da capacidade funcional, independência, autonomia e promoção da participação social. O terapeuta ocupacional auxilia na restauração e/ou melhora da capacidade funcional, de forma a manter a pessoa idosa ativa, segura e independente o

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Atuação da Terapia Ocupacional

maior tempo possível. Em sua intervenção, o profissional considera o impacto da condição de saúde do indivíduo no seu desempenho funcional e os facilitadores ou limitadores presentes no contexto em que está inserido e que podem potencializar ou restringir a sua funcionalidade.

A intervenção da Terapia Ocupacional utiliza de atividades terapêuticas com o intuito de estimular a autonomia e independência do paciente em suas atividades de vida diária. Este deve realizar o mais independentemente possível as atividades envolvidas em sua rotina, sendo assim uma oportunidade para se exercitar, aumentar sua autoestima e a interação social. As atividades de rotina que apresentam maior grau de complexidade poderão ser adaptadas, utilizando-se recursos de tecnologia assistida. Esses recursos podem ser usados também para facilitar as tarefas daqueles que prestam o cuidado às pessoas idosas.

A intervenção do terapeuta ocupacional inclui a orientação aos familiares e/ou cuidadores de forma a facilitar a realização dos cuidados e incentivar a manutenção das suas capacidades durante a realização das diferentes atividades de sua rotina. O terapeuta também poderá realizar o planejamento e a adaptação do ambiente. As adaptações ambientais precisam responder às necessidades específicas de cada paciente, considerando-se que o grau de dependência pode apresentar níveis diversos de complexidade. No contexto domiciliar,

o terapeuta ocupacional desempenha um papel importante na avaliação das pessoas idosas frágeis. As modificações no ambiente domiciliar objetivam diminuir barreiras arquitetônicas, reduzir o risco de quedas e outros agravos e favorecer a funcionalidade na realização das atividades de sua rotina. Neste contexto, o terapeuta ocupacional pode utilizar de treinos de atividades de vida diária e estimulação de habilidades, considerando a rotina e as atividades significativas para aquele determinado paciente. As intervenções incluem também ações para educação e treinamento de familiares e/ou cuidadores e que possibilitem o acesso aos recursos da comunidade.

O processo de hospitalização é uma condição complexa e pode ocasionar sofrimento para o usuário adoecido e seus acompanhantes. A hospitalização faz com que o a pessoa idosa seja afastada de sua rotina de vida. O paciente hospitalizado é privado da realização de ocupações que são importantes, desejadas e significativas para ele. Além de uma possível mudança na condição de saúde e na funcionalidade decorrente do adoecimento, a pessoa idosa é levada a permanecer em um ambiente diferente do habitual, seguindo a rotina hospitalar e na companhia de pessoas que lhe são desconhecidas. A capacidade de decisão também fica reduzida frente a rotina hospitalar. Assim, o terapeuta ocupacional deve planejar as ações de cuidado na perspectiva da integralidade e humanização da atenção à saúde.

Fragilidade e Cuidados Paliativos: Atuação da Terapia Ocupacional

No contexto hospitalar, o terapeuta ocupacional pode: contribuir na diminuição do impacto da hospitalização; prevenir incapacidades, estimular a recuperação da saúde e estimular a funcionalidade; resgatar e/ou manter papéis ocupacionais; ajudar na prevenção e/ou tratamento de sintomas que geram desconforto, como dor, delirium, fadiga; promover condições de humanização do ambiente e das relações interpessoais; ajudar no posicionamento no leito (indicando dispositivos de tecnologia assistiva e outras adaptações quando houver necessidade); auxiliar na elaboração da fase de adoecimento e/ou perdas decorrentes do adoecimento; realizar ações que incluam o acolhimento e orientação de cuidadores.

O número de pessoas idosas institucionalizados tem crescido e nas Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI) os terapeutas ocupacionais podem desenvolver uma variedade de ações. A atuação do terapeuta ocupacional nas ILPIs incluem o acolhimento do sofrimento nos processos de institucionalização e das vivências relacionadas ao luto; estimulação ao autocuidado e desenvolvimento de condições propícias para socialização; auxílio no posicionamento do paciente no leito e na realização de atividades de vida diária; prescrição de equipamentos de tecnologia assistiva; identificação e estimulação de habilidades cognitivas e sensório-motoras necessárias para a realização de atividades de vida diária; intervenções no ambiente e auxílio na organização da rotina institucional.

Nos diferentes contextos de atuação é fundamental que o terapeuta ocupacional esteja alinhado com os outros profissionais que realizam os cuidados e que conheça os serviços disponíveis na rede para a realização dos devidos encaminhamentos. As pessoas idosas frágeis podem apresentar uma diversidade de limitações que impactam no desempenho de atividades de vida diária. Cabe ao terapeuta ocupacional identificar as demandas e utilizar de intervenções que abordem as limitações e habilidades apresentadas, com o objetivo de estimular a manutenção (o máximo possível) da independência e autonomia nas atividades cotidianas. Isso favorece a melhora da qualidade de vida, conforto e prevenção de agravos no desempenho destas atividades.



- 1.** Fonseca A, et all . Frailty in older women. *Rev Assoc Med Bras.* 2023;69(Suppl 1):e2023S110. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.2023S110>
- 2.** Freitas, Elizabete Viana de tratado de geriatria e gerontologia/ Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. – 5 ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022
- 3.** Walston JD. Frailty. *Uptodate*:2023. Acesso em 31 de julho de 2023
- 4.** Emily J Guerard 1 2, Allison M Deal 3, YunKyung Chang 3, Grant R Williams 2 4, Kirsten A Nyrop 2 3, Mackenzi Pergolotti 3 5, Hyman B Muss 2 3, Hanna K Sanoff 2 3, Jennifer L Lund. Frailty Index Developed From a Cancer-Specific Geriatric Assessment and the Association With Mortality Among Older Adults With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2017 Jul;15(7):894-902. DOI: 10.6004/jnccn.2017.0122.
- 5.** Josje D. Schoufour,1,2 Elvera Overdeest,1 Peter J. M. Weijs,1,3 and Michael Tieland1 Dietary Protein, Exercise, and Frailty Domains. *Nutrients.* 2019 Oct; 11(10): 2399. doi: 10.3390/nu11102399
- 6.** Lee H, Lee E, Jang IY. Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment. *J Korean Med Sci.* 2020 Jan 20;35(3):e16. doi: 0.3346/jkms.2020.35.e16.PMID: 31950775
- 7.** Hyatt R, Dean J, O'Neill M, Patel N, Abu-Rabia M, Taylor J. The frailest of the frail? Addressing the palliative care needs of frail older patients. *Future Healthc J.* 2018 Feb;5(1):10-14. doi: 10.7861/futurehosp.5-1-10.
- 8.** Pollack LR, Goldstein NE, Gonzalez WC, Blinderman CD, Maurer MS, Lederer DJ, Baldwin MR. The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs of Older Survivors of Critical Illness. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Jun;65(6):1168-1175. doi: 10.1111/jgs.14799. Epub 2017 Mar 6.
- 9.** Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. *Geriatrics, Gerontology and Aging* 2018, 12(2): 121-35
- 10.** Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2018 Mar 1;47(2):193-200. doi: 10.1093/ageing/afx162.PMID: 29040347
- 11.** Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med.* 2018 Aug;34(3):369-386. doi: 10.1016/j.cger.2018.04.003.PMID: 30031422 Review
- 12.** Maxwell CA, Patel MB, Suarez-Rodriguez LC, Miller Frailty and Prognostication in Geriatric Surgery and Trauma. *RS.Clin Geriatr Med.* 2019 Feb;35(1):13-26. doi: 10.1016/j.cger.2018.08.002. Epub 2018 Oct 3.PMID: 30390979 Review
- 13.** Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet.* 2019 Oct 12;394(10206):1376-1386. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31785-4.PMID: 31609229
- 14.** Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clin Geriatr Med.* 2017 Aug;33(3):293-303. doi: 10.1016/j.cger.2017.02.002. Epub 2017 Apr 6.PMID: 28689563
- 15.** Management-Screening N, Treatment. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. World Health Organization [Internet]. 2016 Feb 16 [cited 2023 Sep 3]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers>.

- 16.** Geiger K, Schneider N, Bleidorn J, Klindtworth K, Jünger S, Müller-Mundt G. Caring for frail older people in the last phase of life - the general practitioners' view. *BMC Palliat Care*. 2016 Jun 2;15:52. doi: 10.1186/s12904-016-0124-5. PMID: 27255464; PMCID: PMC4890268.
- 17.** Harasym PM, Afzaal M, Brisbin S, Sinnarajah A, Venturato L, Quail P, Kaasalainen S, Straus S, Sussman T, Virk N, Holroyd-Leduc JM. Multi-disciplinary supportive end of life care in long-term care: an integrative approach to improving end of life. *BMC Geriatr*. 2021 May 22;21(1):326. doi: 10.1186/s12877-021-02271-1. PMID: 34022818; PMCID: PMC8140573.
- 18.** Van den Block L, Honinx E, Pivodic L, Miranda R, Onwuteaka-Philipsen BD, van Hout H, Pasma HRW, Oosterveld-Vlug M, Ten Koppel M, Piers R, Van Den Noortgate N, Engels Y, Vernooij-Dassen M, Hockley J, Froggatt K, Payne S, Szczerbinska K, Kylänen M, Gambassi G, Pautex S, Bassal C, De Buysser S, Deliens L, Smets T; PACE trial group. Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 Countries: The PACE Cluster-Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2020 Feb 1;180(2):233-242. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.5349. PMID: 31710345; PMCID: PMC6865772.
- 19.** Rosa WE, Connor S, Ferrell BR, Fulmer T, Travers JL, Radbruch L. Palliation for the frail older adult and what meaningful longevity could be. *Lancet Healthy Longev*. 2023 Oct;4(10):e528-e530. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00161-7. PMID: 37804841.
- 20.** Schwartz DB. Enteral Nutrition and Dementia Integrating Ethics. *Nutr Clin Pract*. 2018 Jun;33(3):377-387. doi: 10.1002/ncp.10085. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29665095.
- 21.** American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Aug;62(8):1590-3. doi: 10.1111/jgs.12924. Epub 2014 Jul 17. PMID: 25039796.
- 22.** Morin L, Wastesson JW, Laroche ML, Fastbom J, Johnell K. How many older adults receive drugs of questionable clinical benefit near the end of life? A cohort study. *Palliat Med*. 2019 Sep;33(8):1080-1090. doi: 10.1177/0269216319854013. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31172885; PMCID: PMC6691599.
- 23.** Alves JTM, Gonçalves TJM, Ribeiro PC, de Albuquerque CL, Alvite M de FL, de Assis T, et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doenças Neurodegenerativas. *Braspen Journal*. 2022 Jun 8;2-34.
- 24.** C Shekhar A. The Use of Antibiotics in Hospice and Palliative Care Settings. *J Hosp Palliat Care*. 2022 Mar 1;25(1):50-54. doi: 10.14475/jhpc.2022.25.1.50. PMID: 37674891; PMCID: PMC10180008.
- 25.** Souza VM de AF de, Lins SM de SB, Bezerra PCL, Santana RF, Prado PR do, Cardoso RB. Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2023;24:e81342.
- 26.** Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação - 2021-2023. *Artmed*; 2021. 568 p.
- 27.** Silva DES da, Santana RF, Lopes MV de O, Passarellas DM do A, Almeida AR. Diagnóstico de enfermagem "Síndrome de Terminalidade": análise de conteúdo. *Reben*. 2021;74(1):6-11.
- 28.** Morais YJGA, Coelho WV, Barbosa KTF, Leal NP da R, Oliveira FMRL de. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos. *Enferm em Foco*. 2021;21(1):1-6.

- 29.** Carneiro Maciel GM, Silva Santos R, Moreira dos Santos T, Paiva de Menezes RM, Fortes Vitor A, Brandão de Carvalho Lira AL. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min.* 2016;6(3):2430–8.
- 30.** Meireles VC, Baldissera VDA. Quality of care for the elderly: pressure injury risk as a marking condition. *Rev Rene.* 2019;20:e40122.
- 31.** Maia F de OM, Duarte YA de O, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2012;46(spe):116–22.
- 32.** Teófilo TJS, Silva VA, Veras RFS, Rodrigues MMP, Melo APFD, Oliveira J dos S. Associação entre fragilidade e risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas no Nordeste do Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2022;15(10):e10817.
- 33.** Linck C de L, Crossetti M da GO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):385–93.
- 34.** Fluetti MT, Fhon JRS, Oliveira AP de, Chiquito LMO, Marques S. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. *Rev bras geriatr gerontol.* 2018;21(1):60–9.
- 35.** Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, dos Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:1–9.
- 36.** Campos LP de C, Abreu RAFS, Donoso MTV, Azevedo RVM, Barbosa JAG. Assistência de enfermagem ao idoso frágil: revisão de escopo / Nursing care for the frail elderly: scope review. *Brazilian J Heal Rev.* 2022;5(4):13097–110.
- 37.** Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ* 2008; 178 (12), 1555. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070690>
- 38.** Boyle O, Kelly L, Whelan C, Murtagh E, O'Dwyer A, Ryan M et al. Prevalence and characteristics of swallowing/communication impairments in frail older adults attending the emergency department: a retrospective cohort study. *Age Ageing.*2022; 51 (Supp 3): afac218.220. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac218.220>
- 39.** Duggan S, Finch E. Speech Therapy: Communication and Swallowing. In: O'Hanlon S, Smith M, Eds. *A Comprehensive Guide to Rehabilitation of the Older Person.* Amsterdam: Elseiver. 2020.
- 40.** IDDSI: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [Internet]. 2016. [citado em 2012 Out 26]. Disponível em: <https://iddsi.org/framework>
- 41.** Hemsley B, Steel J, Worrall L, Hill S, Bryant L, Johnston L, Georgiou A, Balandin S. A systematic review of falls in hospitals for patient with communication difficulty: highlighting an invisible population. *J safety res.* 2019; 68: 89-105. <https://doi: 10.1016/j.jsr.2018.11.004>.
- 42.** Hickson L, Worrall L, Yiu E, Barnett H. Planning a communication education program for older people. *Educ gerontol.* 1996; 22(3):257-69. <https://doi.org/10.1080/0360127960220304>

- 43.** OMS - Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.: coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP. 2003.
- 44.** Portal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Respostas Para Perguntas Frequentes Na Área De Disfagia. [Internet]. [citado 1 de novembro de 2022]. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/porta2017/departamentos/2_disfagia
- 45.** Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol motil.* 2010; 22(8): 851–e230. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2010.01521.x>
- 46.** Rodrigues EC, Delevatti C, Pacheco G, Kolzenti R, Deus VF de, Vidor DCGM et al. Vulnerabilidade comunicativa em pacientes de cuidado intensivo: considerações das estratégias de atuação do fonoaudiólogo na pandemia. *Distúrb comun.* 2020; 32(3):363-6. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p363-366>
- 47.** Roque FP, Madureira DL. Atuação Fonoaudiológica em Cuidados Paliativos. Feitosa MCA et al. (org.) Mapas Conceituais em Fonoaudiologia: Fonoaudiologia Hospitalar. Ribeirão Preto: Booktoy, 2023.
- 48.** Roque FP, Starosky P, Ouverney RN, Vidal EO. Crenças e visões de cuidadoras de idosas com demência sobre final de vida, alimentação e disfagia. *Res., Soc. Dev.* 2022; 11 (17): e195111739165. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39165>
- 49.** Roque FP, Starosky P, Alves RD, Oliveira AC de, Silva GG da, Lima RS, et al.. Death Cafe como uma estratégia formativa em fonoaudiologia paliativista. *Audiol, Commun Res [Internet].* 2023;28:e2836. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2023-2836pt>
- 50.** Roque FP, Ortiz KZ, Araújo M da SC, Bertolucci PHF. Eficácia de treinamento de estratégias comunicativas a cuidadores de pacientes com demência. *Pró-Fono R Atual Cient [Internet].* 2009Jul;21(3):225–30. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000300008>
- 51.** Samlan RA, Black MA, Abidov M, Mohler J, Fain M. Frailty Syndrome, Cognition, and Dysphonia in the Elderly. *J Voice.* 2020 Jan;34(1):160.e15-160.e23. doi: 10.1016/j.jvoice.2018.06.001.
- 52.** Stransky M, Jensen K, Morris M. Adults with communication disabilities experience poorer health and healthcare outcomes compared to persons without communication difficulties. *J gen intern med.* 2018; 33(12):2147-55. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4625-1>
- 53.** Yang R-Y, Yang A-Y, Chen Y-C, Lee S-D, Lee S-H, Chen J-W. Association between Dysphagia and Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2022 May; 14(9): 1812. doi: 10.3390/nu14091812
- 54.** Zehnhoff-Dinnesen A, Angerstein W, Deuster D. Communication disorders in the elderly. *Audiol med.* 2010; 8(4):184-90. <https://doi.org/10.3109/1651386X.2010.522859>
- 55.** 1 - Angulo J, El Assar M, Álvarez-Bustos A, Rodríguez-Mañas L. Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. *Redox Biol.* 2020 Aug; 35:101513. doi: 10.1016/j.redox.2020.101513. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32234291; PMCID: PMC7284931.

- 56.** De Oliveira, V. A., & Vieira, K. V. S. (2021). Benefícios do fortalecimento muscular em idosos com sarcopenia: revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(10), 1191-1207.
- 57.** Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, Woo J, Aprahamian I, Sanford A, Lundy J, Landi F, Beilby J, Martin FC, Bauer JM, Ferrucci L, Merchant RA, Dong B, Arai H, Hoogendijk EO, Won CW, Abbatecola A, Cederholm T, Strandberg T, Gutiérrez Robledo LM, Flicker L, Bhasin S, Aubertin-Leheudre M, Bischoff-Ferrari HA, Guralnik JM, Muscedere J, Pahor M, Ruiz J, Negm AM, Reginster JY, Waters DL, Vellas B. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771-787. doi: 10.1007/s12603-019-1273-z. PMID: 31641726; PMCID: PMC6800406.
- 58.** Franck Virtuoso J, Streit I. A, Claudino R, Zarpellon Mazo G. Indicadores de fragilidade e nível de atividade física de idosos. *ConScientiae Saúde [Internet]*. 2015;14(1):99-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92938250011>
- 59.** Glisoi SFdN, Ansai JH, Silva TO, Ferreira FPC, Soares AT, Cabral KN, et al. Auxiliary devices for walking: guidance, demands and falls prevention in elderly. *Geriatr Gerontol Aging*. 2012; 6:261-272.
- 60.** Santos, A. O., Fernandes, M. H., Pedreira, R. B. S., Brito, T. A., Coqueiro, R. D. S., & Carneiro, J. A. O. (2022). Pressão expiratória máxima é boa preditora de incidência da síndrome de fragilidade em homens idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3249-3260.
- 61.** Pereira AWB, Viegas IF, Uchoa MCG, Silva PF, Dantas RLL. A relação da hidroterapia e a fragilidade do idoso: revisão de literatura sistemática / The relationship between hydrotherapy and the fragility of the elderly: a systematic literature review. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet]*. 2020 Dec. 4 [cited 2023 Sep. 17];3(6):17786-9. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21007>.
- 62.** Sadjapong U, Yodkeeree S, Sungkarat S, Siviroj P. Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty and Inflammatory Biomarkers and Improves Physical Performance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 26;17(11):3760. doi: 10.3390/ijerph17113760. PMID: 32466446; PMCID: PMC7312630.
- 63.** Ferriolli, E. Moriguti, JC e Formighieri, PF. Idoso Frágil. In.:Freitas, EV e Py, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Cap.90
- 64.** LORBERGS, A. L. et al. Nutrition and Physical Activity Clinical Practice Guidelines for Older Adults Living with Frailty. *The Journal of Frailty & Aging*, p. 1-9, 2021.
- 65.** KHOR, Phay Yean; VEARING, Rebecca M.; CHARLTON, Karen E. The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2021.
- 66.** Candow, D. G., Forbes, S. C., Kirk, B., & Duque, G. (2021). Current Evidence and Possible Future Applications of Creatine Supplementation for Older Adults. *Nutrients*, 13(3), 745.

- 67.** Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G. L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S. M., van der Schueren, M. A., Sieber, C., Valentini, L., Yu, J. C., Van Gossum, A., & Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004> PMID:27642056.
- 68.** Costa Riela N de A, Alvim Guimarães MM, Oliveira de Almeida D, Araujo EMQ. Effects of Beta-Hydroxy-Beta-Methylbutyrate Supplementation on Elderly Body Composition and Muscle Strength: A Review of Clinical Trials. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2021;77(1):16-22.
69. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):146-56.
- 70.** Verlaan, S., Ligthart-Melis, G. C., Wijers, S. L. J., Cederholm, T., Maier, A. B., & van der Schueren, M. A. E. (2017). High prevalence of physical frailty among community-dwelling malnourished older adults—a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(5), 374-382. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.074> PMID:28238676.
- 71.** Yan L-C, Yu F, Wang X-Y, Yuan P, Xiao G, Cheng Q-Q, et al.. The effect of dietary supplements on frailty in older persons: a meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Food Sci Technol [Internet]*. 2022;42:e65222. Available from: <https://doi.org/10.1590/fst.65222>.
- 72.** ALMEIDA, C. R. V.; SOUZA, A. M.; CORRÊA, V. A. C. Sobre as ocupações de idosos em condição de hospitalização: qual a forma e o significado? *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 25, n. 1, p. 147-157, 2017
- 73.** ASSIS, M. G. A., BARRETO, K. M. L., ASSIS, L. O. Terapia Ocupacional em Gerontologia. In: FREITAS, E. V., PY, L.. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017. Cap. 129; p. 818-825.
- 74.** FREITAS I. F. S. et al. Intervenção da terapia ocupacional em instituições para idosos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. v. 32, n. (1-3):e206081, 2022.
- 75.** NUNES, A. S., BATISTA, M. P. P., ALMEIDA, M. H. M. Atuação de terapeutas ocupacionais com idosos frágeis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2921, 2021.
- 76.** QUEIROZ, M. E. G. Terapia Ocupacional. In: CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Athene, 2021. Cap. 35; p. 192-195.
- 77.** QUEIROZ, M. E. G.; SOUZA, F. D A. Processo de avaliação da terapia ocupacional em cuidados paliativos. CARVALHO, et al.. *Manual da residência de cuidados paliativos Abordagem multidisciplinar*. Barueri, SP, Manole, 2018. Cap. 9.4; p. 818-825.

