

Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.4016>

Utilization of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Patients with Advanced Cancer Under Palliative Care

Uso de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud en pacientes con Cáncer Avanzado en Cuidados Paliativos

Andreza Marques Carvalho¹; Nahâmi Cruz de Lucena²; Catharina Machado Portela³

RESUMO

Introdução: Os princípios e diretrizes que regem os cuidados paliativos afirmam que é imprescindível a avaliação abrangente do paciente e que, além disso, é importante perceber o indivíduo em todas as suas dimensões. Corroborando esses princípios, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento que possibilita uma abordagem biopsicossocial. **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade, os sintomas e os aspectos sociais e ambientais de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos a partir de um *checklist* baseado na CIF. **Método:** Estudo quantitativo, observacional e transversal. Um *checklist* baseado na CIF com 14 categorias foi desenvolvido pelos pesquisadores previamente tendo como referência os principais instrumentos de avaliação comumente utilizados em cuidados paliativos. Pacientes internados em uma enfermaria de cuidados paliativos, diagnosticados com câncer e com escores de PPS (*Palliative Performance Scale*) igual ou superior a 30% foram submetidos à avaliação a partir do *checklist* baseado na CIF. **Resultados:** Participaram do estudo 21 pacientes com diferentes diagnósticos de câncer. Mais de 50% dos pacientes relataram dificuldade ligeira, moderada, grave ou completa em sete categorias do componente atividade e participação. No componente funções do corpo, mais de 50% dos pacientes relataram deficiência ligeira, moderada, grave ou completa em duas categorias. **Conclusão:** O *checklist* baseado na CIF pode proporcionar uma avaliação que considera as diferentes dimensões de saúde, sob um olhar físico, biológico e psicossocial.

Palavras-chave: cuidados paliativos; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; neoplasias.

ABSTRACT

Introduction: The principles and guidelines that govern palliative care state that a comprehensive assessment of the patient is essential and that, in addition, it is important to perceive the individual in all its dimensions. Corroborating the principles of palliative care, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is an instrument that enables a biopsychosocial approach. **Objective:** To evaluate the functionality, symptoms and social and environmental aspects of cancer patients under palliative care utilizing an ICF-based checklist. **Method:** Quantitative, observational and cross-sectional study. The 14 categories ICF-based checklist was previously developed by the investigators having as reference the main assessment instruments commonly adopted in palliative care. Patients admitted to a palliative care ward, diagnosed with cancer and with PPS (*Palliative Performance Scale*) scores greater than or equal to 30% were submitted to an assessment based on the aforementioned checklist. **Results:** There were 21 patients with different cancer diagnoses that participated in the study. More than 50% of the patients reported mild, moderate, severe, or total disability in seven categories of the components activity and participation. For two categories of the body function component, more than 50% of the patients reported mild, moderate, severe or complete disability. **Conclusion:** The ICF-based checklist can provide an assessment that considers the different dimensions of health, from a physical, biological and psychosocial perspective.

Key words: palliative care; International Classification of Functioning, Disability and Health; neoplasms.

RESUMEN

Introducción: Los principios y directrices que rigen los cuidados paliativos establecen que es fundamental una valoración integral del paciente y que, además, es importante percibir al individuo en todas sus dimensiones. Corroborando los principios de los cuidados paliativos, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) es un instrumento que posibilita un enfoque biopsicossocial. **Objetivo:** Evaluar la funcionalidad, los síntomas y los aspectos sociales y ambientales de pacientes con cáncer en cuidados paliativos mediante una lista de verificación basada en la CIF. **Método:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal. La lista de verificación basada en la CIF con 14 categorías fue desarrollada previamente por los investigadores teniendo como referencia a los principales instrumentos de evaluación comúnmente utilizados en cuidados paliativos. Los pacientes ingresados en una sala de cuidados paliativos, diagnosticados de cáncer y con puntajes PPS (*Palliative Performance Scale*) mayores o iguales al 30% fueron sometidos a una evaluación según en la lista de verificación basada en la CIF. **Resultados:** Participaron en el estudio 21 pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer. Más del 50% de los pacientes reportaron dificultad leve, moderada, severa o completa en siete categorías del componente de actividad y participación. En el componente de funciones corporales, más del 50% de los pacientes reportaron deficiencia leve, moderada, severa o completa en dos categorías. **Conclusión:** La lista de verificación basada en la CIF puede proporcionar una evaluación que considere las diferentes dimensiones de la salud, desde un punto de vista físico, biológico y psicossocial.

Palabras clave: cuidados paliativos; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; neoplasias.

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife (PE), Brasil. E-mail: andreza_carvalho@hotmail.com.

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4045-8740>

^{2,3}Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Recife (PE), Brasil. E-mails: nacluc@hotmail.com; cathmp@hotmail.com.

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-3540-3278>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2774-9869>

Endereço para correspondência: Andreza Marques Carvalho. Rua Quintino Bocaiúva, 235 – Ponta da Terra. Maceió (AL), Brasil. CEP 57030-570. E-mail: andreza_carvalho@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são definidos como uma modalidade de cuidados cuja finalidade é prevenir e aliviar o sofrimento mediante reconhecimento precoce, e avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de caráter físico, psicossocial e espiritual. O seu objetivo final é melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas relacionados a doenças potencialmente fatais assim como de seus familiares¹. No campo da oncologia, o cuidado paliativo tem um papel importante no gerenciamento dos sintomas totais do paciente e em proporcionar qualidade de vida².

Os princípios e diretrizes para os cuidados paliativos de qualidade incluem a avaliação abrangente que enfatiza o envolvimento do paciente e da família, a comunicação, o gerenciamento e a continuidade dos cuidados³. É importante também considerar a percepção do indivíduo em toda a sua completude, incluindo o bem-estar físico, funcional e os aspectos psicossociais e espirituais no seu cuidado. Para isso, é imprescindível uma equipe interdisciplinar⁴.

O acompanhamento da evolução da doença é considerado um fator importante para os cuidados paliativos, permitindo a tomada de decisões, a visualização do prognóstico e a prevenção dos efeitos adversos associados ao declínio funcional. Dessa forma, a avaliação funcional é uma ferramenta essencial para orientar o cuidado⁵. Os instrumentos comumente utilizados em cuidados paliativos para avaliar o grau de capacidade e dependência funcional são a *Karnofsky Performance Scale* (KPS) ou a *Palliative Performance Scale* (PPS)⁶.

Nessa perspectiva, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento que visa avaliar a influência da situação de saúde sobre a funcionalidade, o ambiente, o trabalho, a família e a vida social comunitária⁷. E, semelhante ao que é previsto nos princípios dos cuidados paliativos, a CIF propõe uma abordagem biopsicossocial que inclui na saúde os níveis físico e social, ultrapassando o modelo biomédico exclusivo, evoluindo para uma atenção tridimensional: biomédica, psicológica e social⁸.

A CIF reflete o conceito de que os problemas de saúde afetam muitas áreas da vida de um indivíduo e descreve o nível de necessidade dentro dos domínios de deficiência, atividade e participação; inclui também o impacto do meio ambiente e denota uma perspectiva social e individual, podendo fornecer uma estrutura adequada para explorar as dificuldades funcionais vivenciadas por pessoas com câncer incurável⁹.

A CIF é constituída por duas partes, cada uma com dois componentes: a primeira se refere à funcionalidade

e incapacidade e tem como componentes as funções, as estruturas do corpo e a atividade e participação; e a segunda se relaciona aos fatores contextuais e inclui fatores ambientais e pessoais. Cada componente pode ser descrito em termos positivos ou negativos¹⁰. As funções do corpo fazem referência aos aspectos fisiológicos dos sistemas orgânicos; as estruturas do corpo abordam as regiões anatômicas do corpo; a atividade é a realização de uma tarefa por um indivíduo; a participação é o envolvimento em uma situação de vida; já os fatores contextuais indicam o histórico e o estilo de vida do indivíduo, enquanto os ambientais incluem o ambiente físico e social no qual as pessoas vivem¹¹.

À cada categoria da CIF deve ser atribuído um qualificador que expresse a influência da condição de saúde sobre aquele fator específico, de acordo com a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). A escala de qualificadores varia de 0 a 4, considerando a gravidade do comprometimento¹².

A CIF é um instrumento complexo que contempla um grande número de aspectos, dessa forma, a OMS recomenda a utilização de *core sets* ou *checklists* da CIF que reúnem as categorias que representam a funcionalidade de pessoas com condições de saúde específicas, ou seja, deve-se atentar apenas para aquelas categorias que são típicas e significativas para determinada doença em vez de se avaliarem os 1.454 aspectos da CIF¹³.

Um estudo realizado por Giardini et al.¹⁴ com pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos concluiu que a estrutura da CIF pode ser estendida aos cuidados paliativos, porque, ao integrar a avaliação funcional padrão, ela permite identificar dois níveis de intervenção: um que afeta diretamente a atividade e a participação do paciente, e outro relacionado a barreiras e facilitadores, ou seja, cuidadores e fatores ambientais.

Diante do exposto, surgiu o questionamento de pesquisa sobre a funcionalidade pelos níveis de atividade e participação, sintomas de acordo com as funções do corpo e fatores sociais e ambientais de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos a partir da utilização de um *checklist* baseado na CIF.

Embora a utilização da CIF como instrumento de avaliação em pacientes com câncer sob cuidados paliativos já tenha sido abordada em alguns estudos, poucos integraram as funções do corpo e os aspectos sociais e ambientais à funcionalidade desses pacientes, razão pela qual se justificou a realização deste estudo e a utilização da CIF para proporcionar uma classificação mais detalhada e abrangente sobre os estados de saúde.

Dessa forma, esta pesquisa teve como finalidade avaliar a funcionalidade, os sintomas e os aspectos sociais e ambientais de pacientes oncológicos sob cuidados

paliativos a partir da utilização de um *checklist* baseado na CIF.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, observacional e transversal realizado em uma unidade de cuidados paliativos.

O estudo incluiu pacientes com câncer avançado internados em uma enfermaria de cuidados paliativos, independentemente do tipo e da localização do câncer, sem proposta de tratamento modificador da doença, que foram submetidos ou não a tratamentos oncológicos anteriores e com escore do PPS superior ou igual a 30%. Não participaram do estudo pacientes com menos de 18 anos, com alterações cognitivas e/ou transtornos psiquiátricos, não contactantes ou com doenças neuromusculares progressivas.

Inicialmente, os prontuários dos pacientes internados na enfermaria de cuidados paliativos foram analisados para avaliar a inclusão dos participantes no estudo. Posteriormente, os pacientes selecionados foram avaliados a partir do PPS, um instrumento que foi desenvolvido em 1996 pelo *Victoria Hospice*, no Canadá, com o objetivo de realizar a avaliação funcional do paciente e compreender a evolução da doença. A escala possui 11 níveis, de zero a 100, divididos em intervalos de dez; em 100%, o paciente tem a sua funcionalidade preservada, 0% significa morte¹⁵. Os pacientes com escores do PPS superior a 30% e que preencheram os critérios de inclusão e exclusão foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura e adesão ao termo, foi realizado o levantamento de informações dos participantes para a caracterização da amostra e avaliação da funcionalidade, sintomas e aspectos sociais e ambientais a partir de um *checklist* baseado na CIF.

As informações para a caracterização da amostra foram obtidas da leitura prévia dos prontuários. A avaliação a partir do *checklist* baseado na CIF foi realizada por uma entrevista estruturada na unidade de cuidados paliativos, feita pelo mesmo pesquisador, e de forma individualizada. No componente atividade e participação e funções do corpo, cada categoria foi transformada em uma pergunta na qual o paciente relatava ausência ou a presença de ligeira, moderada, grave ou completa dificuldade e deficiência. No componente fatores ambientais, foi perguntado se a família e as atitudes individuais dos membros da família facilitavam ou atuavam como um obstáculo no cuidado.

O *checklist* baseado na CIF foi desenvolvido pelos pesquisadores deste estudo previamente, tendo como referência os principais instrumentos de avaliação comumente utilizados em cuidados paliativos. Após levantamento e pesquisa bibliográfica, foram evidenciados os seguintes instrumentos: KPS¹⁶, Índice de Katz¹⁷,

Índice de Lawton & Brody⁵, *Rapid Disability Rating Scale* (RDRS)¹⁸, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)¹⁹, Medida de Independência Funcional (MIF)⁵; Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)²⁰; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30)¹⁹ e *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF)²¹. A partir da análise desses instrumentos, foi observado que os aspectos mais avaliados em cuidados paliativos com relação à funcionalidade foram deambulação, transferências posturais, autocuidado e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). No quesito sinais e sintomas, foram vistos presença de dor, náuseas, depressão, ansiedade e falta de ar. E, com referência aos aspectos sociais e ambientais, foram considerados a vida social e espiritual. Após o levantamento desses dados, esses aspectos foram pesquisados dentro dos componentes da CIF, sendo criada uma ficha de avaliação.

A amostragem foi por conveniência, sendo analisados os prontuários dos pacientes internados no período de agosto a novembro de 2021. Estes também foram vistoriados diariamente para avaliação da possibilidade da inclusão de um novo participante no estudo.

Os dados foram armazenados e organizados em planilha no programa *Microsoft Excel 2016* e, posteriormente, foi realizada a análise descritiva das características da amostra e dos resultados obtidos, utilizando-se média, mediana e frequências absoluta e relativa.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) sob o n.º do parecer 4846565 (CAAE: 49236821.8.0000.5201), em atendimento à Resolução n.º 466/12²² do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 21 pacientes diagnosticados com câncer e em cuidados paliativos. A média de idade dos participantes foi de 59 anos (variação de 42 a 84 anos), sendo 52,38% do sexo feminino e 47,62% do sexo masculino. Com relação aos escores do PPS, o valor máximo encontrado entre os pacientes foi de 60% e o menor de 30%, com uma mediana de 30%.

A Tabela 1 descreve o diagnóstico principal dos participantes do estudo. As demais características como: localização das metástases, complicações associadas ao câncer, outras comorbidades e tratamentos anteriores são demonstradas na Tabela 2. As Tabelas 3, 4 e 5 listam os resultados encontrados nos componentes atividade e participação, funções do corpo e fatores ambientais, respectivamente.

Tabela 1. Diagnóstico clínico dos participantes do estudo

Diagnósticos	n	%
Câncer de canal anal	1	4,76
Câncer do colo uterino	3	14,29
Câncer de endométrio	2	9,52
Câncer de pâncreas e baço	1	4,76
Câncer de próstata	4	19,05
Câncer de pulmão	4	19,05
Câncer de reto alto	2	9,52
Câncer gástrico	3	14,29
Tumor abdominal irressecável, lipossarcoma e schwannoma	1	4,76

Tabela 2. Características dos participantes do estudo

Características	n	%
Localização das metástases		
Fígado	2	7,41
Oso	4	14,81
Peritônio	4	14,81
Pulmão	3	11,11
Adrenal	1	3,70
Reto inferior	1	3,70
Sistema nervoso central	2	7,41
Bexiga	1	3,70
Sem informações no prontuário	9	33,33
Complicações associadas ao câncer		
Fístula enterocutânea	1	4,76
Obstrução intestinal	2	9,52
Paralisia das cordas vocais	1	4,76
Plegia, anemia, melena e incontinência fecal	1	4,76
Síndrome de compressão medular	1	4,76
Síndrome pilórica e deiscência parcial	1	4,76
Sem complicações	14	66,67
Tratamentos do tumor primário		
Cirúrgico	3	12,50
Quimioterapia	8	33,33
Radioterapia	2	8,33
Hormonioterapia	1	4,17
Sem informações no prontuário	10	41,67

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com a finalidade de investigar a funcionalidade, os sintomas e os aspectos psicossociais de pacientes com câncer em cuidados

Tabela 3. Resultados obtidos a partir do componente atividade e participação

Categorias	n	%
d4500 Andar distâncias curtas		
nenhuma dificuldade	2	9,52
dificuldade ligeira ou moderada	9	42,86
dificuldade grave ou completa	10	47,62
d4103 Sentar-se		
nenhuma dificuldade	4	19,05
dificuldade ligeira ou moderada	6	28,57
dificuldade grave ou completa	11	52,38
d104 Pôr-se em pé		
nenhuma dificuldade	5	23,81
dificuldade ligeira ou moderada	4	19,05
dificuldade grave ou completa	12	57,14
d540 Vestir-se		
nenhuma dificuldade	2	9,52
dificuldade ligeira ou moderada	6	28,57
dificuldade grave ou completa	13	61,91
d510 Lavar-se		
nenhuma dificuldade	2	9,52
dificuldade ligeira ou moderada	4	19,05
dificuldade grave ou completa	15	71,43
d760 Relacionamentos familiares		
nenhuma dificuldade	14	66,67
dificuldade ligeira ou moderada	4	19,05
dificuldade grave ou completa	3	14,28
d770 Relacionamentos íntimos		
dificuldade completa	21	100
d930 Religião e vida espiritual		
nenhuma dificuldade	9	42,85
dificuldade ligeira ou moderada	7	33,34
dificuldade grave ou completa	5	23,81

paliativos. A lista de verificação utilizada consistiu em um *checklist* baseado na CIF. Proporcionando uma avaliação mais diversificada, a CIF mantém alguns aspectos da vida diária, valoriza a dignidade pessoal e o papel familiar. O uso integrado desse instrumento pode possibilitar uma avaliação global, evidenciar dificuldades e confirmar a importância de uma abordagem interdisciplinar em pacientes em final de vida¹. É importante considerar que os cuidados paliativos apresentam como premissa uma concepção de cuidado que apoie o entendimento multidimensional da saúde, com atenção às dimensões física, emocional, social, à dor e ao sofrimento².

Embora a CIF apresente uma proposta de avaliação semelhante ao que propõe os princípios dos cuidados

Tabela 4. Resultados obtidos a partir do componente funções do corpo

Categorias	n	%
b280 Sensação de dor		
nenhuma deficiência	6	28,57
deficiência ligeira ou moderada	5	23,81
deficiência grave ou completa	10	47,62
b5350 Sensação de náusea		
nenhuma deficiência	11	52,38
deficiência ligeira ou moderada	4	19,05
deficiência grave ou completa	6	28,57
b460 Sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias		
nenhuma deficiência	13	61,90
deficiência ligeira ou moderada	5	23,81
deficiência grave ou completa	3	14,29
b152 Funções emocionais		
nenhuma deficiência	9	42,86
deficiência ligeira ou moderada	6	28,57
deficiência grave ou completa	5	23,81
não especificado	1	4,76

Tabela 5. Resultados obtidos a partir do componente fatores ambientais

Categorias	n	%
e310 Família próxima		
nenhum facilitador	3	14,29
nenhum obstáculo	18	85,71
e410 Atitudes individuais dos membros da família		
nenhum facilitador	2	9,52
nenhum obstáculo	19	90,48

paliativos, foram encontrados poucos estudos que utilizassem a CIF em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. A revisão integrativa realizada por Sanvezzo et al.⁵, que teve como objetivo identificar ferramentas de avaliação da funcionalidade de idosos em cuidados paliativos, citou instrumentos como KPS, PPS, Índice de Katz e a MIF.

Neste estudo, no componente atividade e participação, os pacientes apresentaram o qualificador dificuldade grave ou completa em maior frequência nas seguintes categorias: andar distâncias curtas (47,62%), sentar-se (52,38%), pôr-se em pé (57,14%), vestir-se (61,91%) e lavar-se (71,43%). O estudo transversal realizado por Giardini

et al.²³ avaliou 32 pacientes com câncer em cuidados paliativos que se encontravam internados e observou que 50% dos pacientes apresentaram qualificador levemente prejudicado no componente atividade e participação, porém não especificou em quais categorias.

A redução da capacidade funcional em pacientes com câncer é atribuída à fraqueza muscular, uma consequência do aumento da taxa de gasto energético e do processo de degradação de proteínas, além da diminuição da síntese proteica e aumento da lipólise²⁴. A perda da funcionalidade é um dos principais sinais utilizados no prognóstico em cuidados paliativos⁶.

O estudo de Monaco et al.²⁵, que teve como objetivo explorar as necessidades internas de pacientes em cuidados paliativos que viviam em um *hospice*, verificou que as relações humanas representaram uma chave fundamental no final da vida dos pacientes, especialmente os relacionamentos familiares. Embora os pacientes tivessem tudo no *hospice*, seus principais pensamentos estavam sempre voltados para as relações humanas²⁵. No presente estudo, a maioria dos pacientes não relatou dificuldade na categoria relacionamentos familiares (66,67%).

Neste estudo, 100% dos pacientes relataram dificuldade completa na categoria relacionamentos íntimos. A presença da doença pode afetar a intimidade do paciente em uma ampla variedade de formas, inclusive por sintomas físicos onerosos, níveis avassaladores de estresse e tensão, tratamentos que complicam a intimidade física e capacidade funcional prejudicada²⁶. Kelemen et al.²⁷ verificaram as preocupações do paciente em cuidados paliativos hospitalizado com relação aos relacionamentos íntimos e evidenciaram que os relacionamentos se fortaleciam durante o curso da doença, enquanto a atividade sexual era afetada negativamente.

Na categoria religião e vida espiritual, mais de 50% dos pacientes relataram dificuldade ligeira ou moderada (33,34%) e dificuldade grave ou completa (23,81%). O cuidado espiritual é um componente intrínseco essencial dos cuidados paliativos, havendo evidências crescentes de que o cuidado espiritual no fim da vida é importante para os pacientes e que estes desejam que os profissionais de saúde prestem atenção a esse aspecto²⁸.

Neste estudo, no componente funções do corpo, foi verificado que os pacientes relataram deficiência grave ou completa (47,62%) e deficiência ligeira ou moderada (23,81%) na categoria sensação de dor, e nenhuma deficiência nas categorias sensação de náusea (52,38%) e sensações associadas às funções cardiovasculares e respiratórias (61,90%). O tratamento da dor pode ser difícil porque é dinâmico, complexo e multidimensional. A dor no câncer pode estar associada a outros sintomas

como fadiga, insônia, inatividade, humor e relações interpessoais²⁹. O bom manejo dos sintomas em oncologia está associado à melhora da qualidade de vida do paciente e da família, e pode oferecer vantagens com relação à sobrevida³⁰. Li et al.³¹ investigaram a gravidade dos sintomas de 386 pacientes com câncer avançado utilizando a ESAS e a Medida de Qualidade de Vida no Final da Vida (QUAL-E), sendo observado que o cansaço, o sono, e o apetite foram frequentemente classificados como mais graves, enquanto a dor e o cansaço foram apontados como os mais incômodos.

Cicely Saunders, considerada pioneira nos cuidados paliativos, proporcionou reflexões quanto à multidimensionalidade dos sintomas, abrangendo não só os sintomas físicos, mas também o sofrimento mental, o contexto social e biográfico do paciente e suas dificuldades emocionais³². Neste estudo, pacientes relataram deficiência ligeira ou moderada (28,57%) e deficiência grave ou completa (23,81%) na categoria funções emocionais.

Giardini et al.¹⁴ verificaram o papel do cuidador como um modulador da deficiência em pacientes com câncer avançado. Neste estudo, 50 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos elaboraram um autorrelato sobre qualidade e foram avaliados com uma lista de verificação da CIF. Essa pesquisa concluiu que mesmo os pacientes confinados ao leito e em dependência de outros tiveram deficiência reduzida graças ao papel do cuidador¹⁴. Os cuidadores familiares desempenham um papel integral no cuidado e apoio a pacientes com câncer. Eles podem assumir diversas responsabilidades durante a trajetória da doença do paciente proporcionando benefícios físicos, emocionais, sociais, espirituais e de suporte³³. Neste estudo, 85,71% e 90,48% dos pacientes relataram nenhum obstáculo dos familiares e das atitudes individuais desses familiares no processo de cuidado, respectivamente.

A partir de um contexto biopsicossocial, a CIF possibilitou uma avaliação multimodal das principais deficiências e dificuldades de pacientes em cuidados paliativos. No entanto, este estudo apresentou como limitação o número pequeno de participantes em razão da baixa rotatividade de pacientes na unidade onde a pesquisa foi realizada. Dessa forma, estudos adicionais são necessários a fim de avaliar a aplicabilidade da CIF em pacientes sob cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

Pacientes oncológicos em cuidados paliativos apresentaram dificuldade ligeira, moderada, grave ou completa no componente atividade e participação nas categorias: andar distâncias curtas, sentar-se, pôr-se

em pé, vestir-se, lavar-se, religião e vida espiritual, e relacionamentos íntimos; e deficiência ligeira, moderada, grave ou completa na categoria sensação de dor e funções emocionais do componente funções do corpo. A CIF pode ser uma ferramenta versátil de avaliação multidimensional em pacientes com câncer em cuidados paliativos.

CONTRIBUIÇÕES

Todas as autoras contribuíram substancialmente na concepção e/ou no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2023. Palliative care; 2020 Aug 5 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Finn L, Green AR, Malhotra S. Oncology and palliative medicine: providing comprehensive care for patients with cancer. *Ochsner J* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 11];17(4):393-7. Available from: <https://www.ochsnerjournal.org/content/ochjnl/17/4/393.full.pdf>
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care [Internet]. 4th ed. Richmond (VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited 2022 May 29]. Available from: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
4. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, coordenadores. Manual de cuidados paliativos [Internet]. São Paulo (SP): Hospital Sírio Libanês; 2020 [acesso 2022 maio 29]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
5. Sanvezzo VMS, Montandon DM, Esteves LSF. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):627-38. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>
6. Marcucci FCI, Martins VM, Barros EML, et al. Capacidade funcional de pacientes com indicação de cuidados paliativos na atenção primária. *Geriatr Gerontol*

- Aging. 2018;12(3):159-63. doi: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800026>
7. Bernardes JM, Pereira Júnior AA. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e suas contribuições para a fisioterapia. *Fisioter Bras*. 2010;11(6):58-64. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v12i1.602>
 8. Andrade LEL, Oliveira NPD, Ruaro JA, et al. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(114):812-23. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711411>
 9. Loughran K, Rice S, Robinson L. Living with incurable cancer: what are the rehabilitation needs in a palliative setting? *Disabil Rehabil*. 2017;41(7):770-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1408709>
 10. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. São Paulo (SP): Edusp; 2008 [acesso em 2022 nov 24]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111
 11. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):93-187. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
 12. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):938-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>
 13. Biz MCP, Chun RYS. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um centro especializado em reabilitação. *CoDAS*. 2020;32(2):1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>
 14. Giardini A, Ferrari P, Negri EM, et al. The positive role of caregivers in terminal cancer patients' abilities: usefulness of the ICF framework. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2016 [cited 2021 July 20];52(2):214-22. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/freedownload.php?cod=R33Y2016N02A0214>
 15. Gayoso MV, Avila MAG, Silva TA, et al. Avaliação do nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3029. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
 16. Mehta A, Chai E, Berglund K, et al. Using admission Karnofsky performance status as a guide for palliative care discharge needs. *J Palliat Med*. 2021;24(6):913-0. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0543>
 17. Lima ABA, Souza EMS, Trezza MCSE, et al. Características da pessoa idosa com necessidade de cuidados paliativos da atenção básica. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2020;92(30):69-3. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.604>
 18. Rabow MW, Schanche K, Petersen J, et al. Patient perceptions of an outpatient palliative care intervention: "It had been on my mind before, but I did not know how to start talking about death...". *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(5):1010-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.03.002>
 19. Kokkonen K, Saarto T, Mäkinen T, et al. The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. *Breast Cancer*. 2017;24(1):128-36. doi: <https://doi.org/10.1007/s12282-016-0687-2>
 20. Wong A, Tayjasanant S, Rodriguez-Nunez A, et al. Edmonton symptom assessment scale time duration of self-completion versus assisted completion in patients with advanced cancer: a randomized comparison. *Oncologist*. 2021;26(2):165-71. doi: <https://doi.org/10.1002/onco.13619>
 21. Huyen BT, Van Anh PT, Duong LD, et al. Quality of life among advanced cancer patients in Vietnam: a multicenter cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2021;29(8):4791-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06012-3>
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção 1:59.
 23. Giardini A, Ferrari P, Majani P, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and quality of life in cancer patients in a terminal condition. *G Ital Med Lav Ergon*. 2010;32(3 Suppl B):B29-36. Italy. Cited in: PubMed; PMID: 21302522.
 24. Duarte ACF, Silva BA, Avelino PR, et al. Grip strength, functional capacity, and quality of life of individuals with cancer. *Fisioter Pesqui*. 2020;27(4):362-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19039127042020>
 25. Monaco ML, Bocchio RM, Natoli G, et al. Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Intern Emerg Med*. 2020;15(6):975-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>
 26. Kelemen A, Cagle J, Chung J, et al. Assessing the impact of serious illness on patient intimacy and sexuality in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58(2):282-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.015>
 27. Kelemen A, Van Gerven C, Mullins K, et al. Sexuality and intimacy needs within a hospitalized palliative care population: results from a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(4):433-7. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091211036928>
 28. Gijsberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, et al. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent

European literature. *Med Sci (Basel)*. 2019;7(2):25. doi: <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>

29. Brooks JV, Poague C, Formagini T, et al. Palliative care's role managing cancer pain during the opioid crisis: a qualitative study of patients, caregivers, and clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(6):1127-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.039>
30. Henson LA, Maddocks M, Evans C, et al. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):905-14. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
31. Li B, Mah K, Swami N, et al. Symptom assessment in patients with advanced cancer: are the most severe symptoms the most bothersome?. *J Palliat Med*. 2019;22(10):1252-9. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0622>
32. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, et al. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200311. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
33. Chua GP, Pang GSY, Yee ACP, et al. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? *BMC Cancer*. 2020;20(1):768. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07239-9>

Recebido em 12/5/2023
Aprovado em 28/6/2023