

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE (PPGPS)
IVANIL CORREIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE DA OFERTA DE CUIDADOS PALIATIVOS
PARA A POPULAÇÃO IDOSA FEMININA ATENDIDA PELO PROGRAMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARINGÁ

2016

IVANIL CORREIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE DA OFERTA DE CUIDADOS PALIATIVOS
PARA POPULAÇÃO IDOSA FEMININA ATENDIDA PELO PROGRAMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Coorientadora Prof^a. Dr^a. Janaína Luiza dos Santos.

MARINGÁ

2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Presidente

Profª Drª Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR
Membro Titular Interno

Profª Drª Ines Gimenez Rodrigues
Universidade Estadual de Londrina - UEL
Membro Titular Externo

Ficha Catalográfica

S567a

SILVA, Ivanil Correia.

Avaliação da Elegibilidade da Oferta de Cuidados Paliativos Para a População Idosa Feminina Atendida Pelo Programa Estratégia Saúde da Família. Ivanil Correia Silva. Maringá-Pr.: UNICESUMAR, 2016.

70p.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar.

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Picinin Bernuci

Co-orientadora Prof. Dra. Janaina Luiza dos Santos

1. Cuidados paliativos; 2. Qualidade de vida; 3. Idosos. I. Título.

UNICESUMAR.

CDD 22ª. Ed. 618.97

NBR 12899 - AACR2

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus pela saúde e pela oportunidade de concluir o mestrado.

Dedico esse trabalho à minha família por compartilhar comigo todos os

momentos durante esse período de mestrado, oferecendo apoio

e me incentivando constantemente. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela saúde e pelas bênçãos recebidas em minha vida.

À minha família, Emerson José, Arthur Francisco, Thiago José e Maria Rita pelo incentivo na conquista dos meus sonhos, pela paciência durante esses dois anos e por entenderem minha ausência em momentos especiais.

Às minhas amigas, obrigada pelo companheirismo, apoio e carinho! Vocês tornaram essa caminhada mais leve e divertida.

Ao meu orientador, pela sua sabedoria, disponibilidade, ajuda e sensibilidade imensuráveis, um ser humano que estará sempre em minha memória.

A minha coorientadora, pela sua disponibilidade, pela paciência, incentivo e pelos ensinamentos, profissionais, acadêmicos e pessoais, que me ajudaram tanto nestes últimos dois anos.

Aos funcionários do município, que colaboraram prontamente com disponibilidade em ajudar.

Aos acadêmicos Milton Tomiura Amância e Eduardo Delamura Neves do curso de medicina da UNICESUMAR, pelo empenho e confiança que dispensaram ao trabalho.

Agradeço a todas essas pessoas maravilhosas que tive o privilégio de conhecer durante o mestrado.

Por fim, um agradecimento todo especial às pacientes e familiares que fizeram parte da pesquisa, me ensinaram sobre a vida, tive o interesse de pesquisar esse tema rico e, ao

mesmo tempo, doloroso, da morte.

RESUMO

O perfil da população brasileira tem se assemelhado ao de países desenvolvidos, caracterizado por um aumento do número de idosos, em especial, do sexo feminino. Diante dessa nova realidade, torna-se relevante o desenvolvimento de estratégias efetivas para garantir melhor qualidade de vida dessa crescente população. Assim, o presente estudo objetivou verificar a elegibilidade da oferta de cuidados paliativos as mulheres idosas atendidas pelo programa saúde da família do SUS, bem como, avaliar a elegibilidade da implementação de uma equipe especializada em cuidados paliativos junto às unidades básicas de saúde (UBS). Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, desenvolvido no Município de Maringá, Paraná, no período compreendido entre os meses de abril a julho de 2015. O público alvo do estudo foram 423 mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, que fazem uso do serviço domiciliar oferecido pelas 29 UBS do município. Os dados referentes ao perfil sociodemográfico, suporte social e condições de saúde das idosas foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado e aqueles referentes à elegibilidade de cuidados paliativos foram adquiridos com a utilização dos instrumentos Palliative Care Screening Tool e Palliative Performance Scale. Verificou-se que o perfil sociodemográfico e de saúde das idosas atendidas no domicílio são compatíveis com seu estado de vulnerabilidade, marcados pelo predomínio de mulheres com idade superior a 75 anos, viúvas, com grau de instrução baixo, com pouco suporte social, portadoras de doenças crônicas e com dificuldades de deambulação. Quanto aos escores obtidos nos instrumentos de avaliação da necessidade de cuidados paliativos, a maioria 75% das idosas apresentou escores compatíveis com a elegibilidade da utilização dos mesmos. Conclui-se no presente estudo que há necessidade da articulação de uma equipe especializada em cuidados paliativos ao serviço de atenção primária ofertada à população idosa com limitação funcional.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Qualidade de vida; Idosos.

ABSCTRACT

The profile of the Brazilian population has been similar to that of developed countries, characterized by an increase in the number of elderly people, especially females. Faced with this new reality, it is important to develop effective strategies to ensure better quality of life of this growing population. Thus, this study aimed to characterize the profile of the elderly female population served by the Brazilian unified health system called “programa estratégia saúde da família” and assess the eligibility of the implementation of a team specialized in palliative care at the basic health units (UBS). This is a descriptive cross-sectional study, developed in the city of Maringa, Parana, in the period between April and July 2015. The study of the target population was 423 women aged over 60 years who make use of home service offered by the municipal 29 UBS. The data relating to socio-demographic profile, social support and elderly health conditions were collected by applying a semi-structured questionnaire and those concerning the eligibility of palliative care were acquired with the use of Palliative Care Screening Tool and Palliative Performance Scale instruments. We found that the demographic profile and health of the household met elderly are compatible with a vulnerable state, marked by the predominance of women over the age of 75, widows with low level of education, with little social support, with chronic diseases and difficulties in walking. As for the scores obtained in the evaluation instruments of the need for palliative care, most elderly presented scores compatible with the eligibility of the use thereof. It is concluded in this study that there is need for the articulation of a team specialized in palliative care to primary care services offered to the elderly with functional limitations.

Keywords: Palliative care; Quality of life; Elderly.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Distribuição de frequências da resposta em relação à participação de grupos comunitários das entrevistas (números múltiplos localizados no eixo X do gráfico indicam respostas múltiplas).....33
- FIGURA 2** Distribuição de frequências da resposta em relação aos indicadores com quem as entrevistadas moram (números múltiplos localizados no eixo "X" do gráfico indicam respostas múltiplas).....34
- FIGURA 3** Distribuição de frequências da resposta em relação a quem poderia ajudar as entrevistadas acaso elas fiquem doentes (números múltiplos localizados no eixo "X" do gráfico indicam respostas múltiplas)35
- FIGURA 4** Distribuição de frequências da resposta em relação a quem tomaria decisões de saúde sobre as entrevistadas, caso elas não sejam capazes de fazê-lo (indicam respostas múltiplas)35
- FIGURA 5** Distribuição de frequências da porcentagem das entrevistadas na escala Palliative Performance Scale38
- FIGURA 6** Distribuição de frequências da pontuação das entrevistadas nos quatro critérios da escala Palliative Performance Scale37
- FIGURA 7** Distribuição de frequências da pontuação total das entrevistadas da escala Performance Scale39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Quantidade de pacientes que pertencem à amostra para cada UBS	27
TABELA 2 Distribuição de frequências das respostas referentes ao perfil sociodemográfico de mulheres idosas com disfunção funcional usuárias das unidades básicas de saúde do Município de Maringá/PR	32
TABELA 3 Distribuição de frequências das respostas referentes às condições de saúde de mulheres idosas com disfunção funcional usuárias das unidades básicas de saúde do Município de Maringá/PR	36
TABELA 4 Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas na escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton sobre nove questões (quanto maior, pior sintoma.....)	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBEJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
3.1 Envelhecimento populaciona.....	16
3.2 Envelhecimento e qualidade de vida.....	18
3.3 Cuidado paliativo.....	21
4. MATERIAIS E METODOS.....	25
4.1 Desenho do estudo.....	25
4.2 Local de estudo.....	25
4.3 Aspectos éticos.....	25
4.4 Amostragem.....	26
4.5 Caracterizações do perfil sociodemográfico, suporte social e condições de saúde....	28
4.6 Identificação da elegibilidade de cuidados paliativos	31
5. RESULTADOS.....	32
5.1Caracterização sociodemográfica.....	32
5.2 Caracterização do suporte social.....	33
5.3 Caracterização das condições de saúde.....	36
5.4 Identificação da elegibilidade de cuidados paliativos.....	37
6. DISCUSSÃO.....	41

7. CONCLUSÃO.....	46
8. REFERÊNCIAS.....	47
9. ANEXOS.....	58

1. INTRODUÇÃO

O maior acesso aos serviços de saúde, somado a um aumento dos anos de escolaridade e amplos avanços na medicina, como um melhor controle de doenças infectocontagiosas e maior abrangência das campanhas de vacinação, propiciaram no decorrer dos anos o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente envelhecimento da população (DUARTE, 2012; JOPP et al., 2016; YANG et al., 2016). Entretanto, o aumento na longevidade da população não aconteceu de forma equiparada entre homens e mulheres, geralmente, as mulheres vivem, em média, de seis a oito anos mais que homens (MAKLAKOV; LUMMAA, 2013; BEIRNE et al., 2015).

Características biológicas e fatores socioculturais parecem explicar este paradoxo como resultado de comportamentos de cuidado e de busca por serviços de saúde distintos entre os dois sexos (VAN et al., 2013; LUIZAGA; GOTLIEB, 2013; TURRA et al., 2016). No Brasil, segundo último senso realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a média de expectativa de vida no país é de 73,4 anos, sendo 69,7 para os homens e 77,3 anos para as mulheres (IBGE, 2010). De acordo ainda com este instituto, o perfil majoritário de mulheres idosas no Brasil acentua-se ainda mais com a idade, atingindo 61,4% da população com idade igual ou superior a 80 anos.

Embora a população esteja vivendo mais, não há equivalência entre os anos adicionais e qualidade de vida. Dificuldades de mobilidade destaca-se como um dos fatores que mais agrava a qualidade de vida de pacientes idosos (ALVES et al., 2010), especialmente em mulheres, cuja independência física é fator limitante para a manutenção da qualidade de vida, diferente do homem, em que questões financeiras e sociais são mais decisivas (OLIVEIRA et al., 2013; CAMPOS et al., 2014).

Atualmente, limitações funcionais são mais prevalentes em mulheres do que em homens (COURTNEY-LONG et al., 2015; ZUNZUNEGUI et al., 2015; FERRUCCI et al., 2016), em decorrência da redução da força muscular e perda óssea mais frequentes na população idosa feminina (ALEXANDRE et al., 2012; DA SILVA-ALEXANDRE et al., 2014), o que predispõem as mulheres a viverem por mais tempo com pior qualidade de vida. De fato, atualmente, as mulheres apresentaram maior probabilidade de recebimento de

atenção domiciliar (WACHS et al., 2016) e consideradas como população vulnerável logo após completarem a quinta década de vida (PASQUAL et al., 2015).

Este cenário de acréscimo de mulheres com idade avançada e portadora de limitações funcionais traz relevante preocupação ao nosso sistema de saúde (SUS), o qual terá que se adaptar a esta nova realidade. Embora a Portaria 2.029 do Ministério da Saúde (MS) tenha instituído a atenção domiciliar a fim de ampliar o acesso aos serviços dos idosos com incapacidades no âmbito do SUS (MS, 2011a), e a inclusão de oferta de cuidados para uma morte digna, redefinido na Portaria 2.527 (MS, 2011b), a ampliação das ações de promoção, prevenção e assistência à população idosa ainda é um desafio, principalmente quando se trata daqueles candidatos à prática de cuidados especiais (VERAS, 2009).

Em casos de progressão avançada de doenças crônicas, o tratamento curativo não pode ser mais ofertado e os pacientes passam a requerer cuidados especiais, baseados no alívio do sofrimento, os chamados cuidados paliativos (FRATEZI & GUTIERREZ, 2011; MONTEIRO et al., 2010). Apesar de bem estabelecido na assistência básica da Europa e dos Estados Unidos, ainda são poucos os centros brasileiros que possuem um serviço estruturado para essa finalidade (LUCCHEETTI et al., 2009).

Articular o atendimento paliativo à rede de atenção básica pode, portanto, ser uma promissora estratégia a ser utilizada no enfrentamento da dificuldade da assistência da paciente idosa, principalmente no contexto atual marcado pela crescente presença de mulheres em idades cada vez mais avançadas e portadoras de doenças degenerativas graves.

Sendo assim, objetivou-se no presente estudo verificar a elegibilidade da oferta de cuidados paliativos as mulheres idosas atendidas pelo programa estratégia saúde da família do SUS. Acredita-se que a articulação do atendimento paliativo à rede de atenção básica pode ser uma estratégia promissora para o aperfeiçoamento da assistência à saúde da paciente idosa desde que haja capacitação e cooperação de diversos profissionais da área da saúde, bem como uma integração dessa equipe multiprofissional com os familiares.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a elegibilidade da oferta de cuidados paliativos as mulheres idosas atendidas pelo programa estratégia saúde da família.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico das pacientes;
2. Caracterizar o suporte social ofertado às pacientes;
3. Caracterizar as condições de saúde das pacientes;
4. Caracterizar o grau de necessidade de cuidados paliativos das pacientes;

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem ganhando um ritmo cada vez mais acelerado na população brasileira (CAMPOLINA et al., 2011). Conforme Dzingina; Higginson (2015), em 2011 estimou-se que 22% da população do mundo estavam com 60 anos ou mais, e essa proporção deverá chegar a 32% em 2050 e 33% em 2100, o número de pessoas com 80 anos ou mais está estimado aumentar quase oito vezes em 2050. No mundo, o processo de transição demográfica fica patente quando se observa que a proporção de indivíduos com menos de 20 anos cairá dos 40% atuais para 32% em 2025. Além disso, sabe-se que nesse mesmo ano o número de pessoas com mais de 60 anos passará dos atuais 390 milhões a 800 milhões, por conseguinte percebe-se então esse fenômeno mundial de envelhecimento (MASCHIO, 2012). No Brasil, com o declínio da fecundidade, o ritmo de crescimento anual de nascimentos passou imediatamente a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e o envelhecimento da população (TANNURE et al., 2010). Esse envelhecimento é uma consequência importante da dinâmica demográfica atual, nos países desenvolvidos esse processo já é parte da sua realidade há algumas décadas.

Neles, construíram-se os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa (CAMARANO, 2010). Enquanto isso, o número de pessoas idosas tem duplicado nos últimos 20 anos e é projetada para dobrar novamente nos próximos 20 anos (GRAGNOLATI et al., 2011). Mas, conforme Camaro (2010), está ocorrendo um crescimento acentuado da população de 80 anos de idade ou mais. Esse aumento do envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. A população idosa no Brasil irá mais que triplicar nas últimas décadas, com essa variação na estrutura etária da população resultará em maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência (VERAS, 2012). No Brasil, o número de idosos (acima de 60 anos) passou de três milhões em 1960 e, segundo IBGE (2010), a população com essa faixa etária ultrapassou de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. O rápido processo de

envelhecimento da população brasileira associado aos avanços tecnológicos da medicina, principalmente na área oncológica, contribuiu para o aumento progressivo na sobrevivência dos idosos (LUCCHETTI et al., 2009).

As projeções para 2040 indicam que os idosos responderão por um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total, representando um contingente de aproximadamente 13,7 milhões (CAMARANO; KANSO, 2009). Segundo IBGE (2008), a projeção do Brasil continuará galgando anos na vida média de sua população, atingindo em 2050, o nível de 81,29 anos. O Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. As transfigurações sociais e econômicas pelas quais o Brasil vem passando desde o último século têm causado alteração relevante no perfil da morbimortalidade de nossa população (CAMPOLINA et al., 2011). Todo ano, 650 mil novos longevos são integrados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais (TANNURE et al., 2010). Para Junior (2009), entre os dois últimos censos brasileiros houve um aumento de mais de quatro milhões de indivíduos com mais de 60 anos. Estima-se para o ano de 2050 uma amplificação de 6.7% da população dos que terão mais de 80 anos, assim como é motivo de precaução no caso dos muitos velhos, compostos de pessoas com mais de noventa anos, esse grupo começa a ter significância nas pirâmides etárias.

Santos; Cunha (2014) relata que, enquanto nos países desenvolvidos este aumento populacional se deu de forma sutil e gradual, atrelada a resiliência socioeconômica e cultural, no Brasil o fenômeno ocorreu de repente confrontando-se com um cenário de desigualdades sociais, fragilidade econômica, sem modificações estruturais que correspondam às demandas do novo grupo etário procedente. A população idosa está assim de alguma forma num processo crescente de incapacidade, ou seja, mais vulnerável, colocando em risco um processo de envelhecimento bem-sucedido (REGO, 2012). O Brasil é um dos países no mundo com maior número populacional, e graças às prospecções podemos trabalhar com o que ocorrerá no ano de 2025 e 2050, há indicação de que as mulheres idosas aguentam uma carga superior de patologia e de declínio funcional à dos homens, o que está filiado a diversos fatores (JUNIOR, 2009). O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma considerável com o passar dos anos: evidencia-nos de idade entre 0 e 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças

crônicas, mas entre os idosos este valor atinge (75,5%) 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (GALLON; WENDER, 2012).

Portanto Hekman et al (2009) em seu estudos epidemiológicos brasileiros indicam que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre idosos é bastante saliente e a demanda de maiores evidências para o diagnóstico e manejo é imprescindível, aproximadamente 65% dos idosos são hipertensos e, entre as mulheres com mais de 75 anos, a predominância de HAS pode chegar a 80%. Em 2010, as mulheres representaram 55,5% do total da população idosa em nosso país, o qual foi estimado em aproximadamente 20,6 milhões de pessoas (IBGE, 2010). Para Van Oyen et al., (2010) e Christensen et al (2009), as características biológicas e fatores socioculturais parecem desvendar este paradoxo, como resultado a maneira de cuidado e busca de serviços de saúde distintos entre homens e mulheres. O número de indivíduo que vive além dos 70 anos aumentou de forma rigorosa, sendo assim, é altamente presumível que as pessoas mais idosas passem pelo processo de luto dos seus pares, em específico as mulheres (por terem maior expectativa de vida do que os homens) irão tendencialmente sobreviver à morte dos seus conjugues, vivenciando a experiência de viuvez (REGO, 2012). Apesar de o fato da expectativa de vida ter aumentado, isto não significa que as condições de vida para a idosa também tenham melhorado (MENEZE et al., 2010).

3.2 Envelhecimento e qualidade de vida

O processo de envelhecimento, acompanhado de qualidade de vida, deve-se dar oportunidade contínua ao idoso de participação ao longo da vida, respeitando-se suas necessidades, anseios e capacidades, proporcionando proteção, segurança e cuidados corretos. É primordial considerar o bem-estar físico, social e mental do idoso para que se tenha um envelhecimento ativo e participativo na sociedade em que está inserido (BARRICELLI et al., 2012). O envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença, para a maioria dos adultos maiores, a manutenção da habilidade funcional é mais importante, os maiores custos à sociedade não são os gastos realizados para proporcionar esta habilidade funcional, mas sim os benefícios que poderiam ser desaparecido se não

programarmos as adaptações e os investimentos necessários. O envelhecimento da população, que inclui a meta de construir um mundo benévolo aos adultos maiores, requer uma transfiguração do sistema de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas carências dos adultos maiores (OMS, 2015).

A longevidade nas últimas décadas passou a ser uma conquista do ser humano, que sucede com a fase mais estendida da vida, a velhice, juntamente, porém, na maioria das vezes, há um aumento significativo de doenças crônicas. O processo de envelhecimento permanece como um dos pontos mais obscuros e complexos da ciência médica, que é um processo complexo de transformações estruturais e funcionais que se inicia ao final da maturação biológica (terceira década de vida no ser humano) e que culmina numa gradualmente incapacidade de manter o equilíbrio de funcionamento corporal em condições de sobrecarga funcional. Há perda da reserva funcional e não de função, é um processo infalível, inicialmente silencioso e sempre progressivo. Não descobriram ainda os mecanismos que o desencadeiam ou que possam retardá-lo, já que não se faz de maneira uniforme (DIRETRIZES DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2008).

Nas últimas décadas vem sendo notado uma alternância dramática nas pesquisas de ciências sociais sobre a mortalidade e morbidade, a preocupação da ciência e da política voltada para os problemas de saúde da população idosa (CRISMMINS; SÁNCHEZ, 2010). A saúde da idosa pode ser avaliada por meio de sua capacidade funcional, resulta de uma interação entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar, independência econômica e utilização de serviços (AIRES; PASKULIN E MORAIS, 2010). Entretanto, para Pinto; Neri (2013) a capacidade funcional age indiretamente sobre o entusiasmo dos idosos, por meio de sua relação com a mobilidade, funcionalidade, frequência de atividades e o grau de envolvimento ativo, com a presença de três ou mais comorbidades relaciona-se com declínio funcional, como a depressão, uso de fármacos, a diminuição da participação social, e as mulheres, aquelas com mais de 80 anos e as que têm menor renda são mais afetadas por essas condições.

Então se prevê que o número de pessoas idosas à procura dos cuidados formais de longo prazo vai se elevar por causa de dois fatores: primeiro, o aumento no número de

peessoas muito idosas durante os próximos 30 anos irá resultar num grupo maior de idosas com debilidade. Segundo, o estado de mutação das mulheres e dos valores familiares e sociais continuaram a diminuir, ou seja, a disponibilidade de cuidadores dos familiares, as projeções de estimativa para o Brasil, em comparação com 2008, o dobro de pessoas serão cuidadas por pessoas não-familiares em 2020 e cinco vezes a mais em 2040 (GRAGNOLATI et al., (2011). Salmaso et al., (2014) em sua pesquisa relatam que, com o envelhecimento, surgem as doenças crônicas degenerativas, a reabilitação tardia e os sinais de doença em fases avançadas, comprometendo, de forma geral, a funcionalidade e a qualidade de vida da idosa, nesse procedimento também há diminuição da massa e da força muscular, fadiga, alteração da marcha e do equilíbrio, perda de apetite e conseqüentemente redução do peso, a desnutrição contribui para a insuficiência de diversos órgãos, inclusive renal.

O grande acometimento das doenças crônicas com o avanço da idade está aliado a ocorrência simultânea de diferentes fatores de riscos como ao uso contínuo e diversificado de fármacos e as mudanças corporais e funcionais específico do processo de envelhecimento, exige um cuidado especial a essa fase da vida, essa transição favorece as doenças crônicas como: doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias, essas patologias causa impacto na qualidade de vida e no desempenho das atividades diárias dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Para o Paulo et al., (2014), a presença dessas doenças, em sua maioria, está coligada ao excesso de peso muito frequente entre as mulheres, e são responsáveis pelo aumento dos gastos com os serviços, medicamentos e internações no sistema de saúde pública. Faller et al., (2010), em sua pesquisa, relatam que o processo traz uma série de questões cruciais, devido às doenças crônicas e enfermidades complexas típicas da idade, que perduram por longos anos, demandando cuidados contínuos, atendimentos especializados e internações.

Conforme o Estatuto do Idoso, sancionado na Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, garantiu os direitos exclusivos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Esse registro legal é abrangente, e seu cumprimento significa uma tentativa de estabelecer orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil e de coibir as diferentes formas de violência. Por sua vez, o Estatuto afirma em seu artigo 3º que é

obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Para Azevedo et al., (2014), a doença e morte são situações próprias dos seres humanos em qualquer idade. Entretanto, existem evidências de que o envelhecimento celular humano torna o organismo mais suscetível as doenças, nessas condições, o rebaixamento da viabilidade orgânica aumenta o grau de fragilidade do ser humano, um dos objetivos distintos da intervenção de um profissional que lida com o envelhecimento é cuidar da pessoa idosa e protegê-la.

3.3 Cuidado paliativo

O vocábulo cuidado paliativo é utilizado para especificar a ação de uma equipe multiprofissional a indivíduos com estado de saúde fora das conduções terapêuticas de restabelecimento ou cura. A palavra paliativa é originada do latim *pallium* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Conforme o Manual dos Cuidados Paliativos (2009), a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo *hospice* que era refúgios que tinham como função cuidar dos viajantes e andarilhos adoentados. Essas fundações eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva generosa. O movimento *hospice* contemporâneo foi inserido pela inglesa Cicely Saunders em 1967, com a fundação do Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Essa entidade prestava atendimento total ao paciente desde o controle dos sintomas, como o alívio da dor e até o alívio do sofrimento psicológico, em seguida surge então uma nova filosofia no cuidar de paciente em fase terminal (HERMES; LAMARCA, 2013).

Segundo Maciel (2008), a primeira definição, publicada em 1990, descrevia os Cuidados Paliativos como os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes incuráveis. Este conceito foi superado porque torna subjetiva a compreensão do momento de decretar a falência de um tratamento. A Organização Mundial de Saúde tem sua definição mais recente publicada em 2002: Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade de vida, através de

prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Foi criada no Brasil a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP), em fevereiro de 2005, com a relevância da mesma para o Brasil exceder os benefícios para a medicina brasileira. Para os paliativistas, a fundação da academia é uma referência não só para os cuidados paliativos no Brasil como para a medicina que é praticada no país. A academia foi fundada com o objetivo de cooperar no ensino, pesquisa e no aprimoramento dos cuidados paliativos no Brasil (HERMES; LAMARCA, 2013).

O cuidado paliativo, com certeza, é a realização da arte do cuidar aliado ao pensamento científico, cuja associação da ciência e da arte que possibilita a suavização do sofrimento referido à doença. Por ser parte essencial da prática clínica, pode acontecer de forma correspondente às terapias indicadas à cura e à continuação da vida (BARBOSA, 2009). Para Bartolomeu (2014) foi criado em Portugal o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) vem firmar que os Cuidados paliativos são cuidados acentuados de conforto. Com o avanço no conhecimento na área do cuidado paliativo e exponencial, fica claro que ocorreu uma grande evolução na ciência médica como um todo, como decorrência, se vive uma sobrevida de pacientes com doenças crônicas e restritivas à vida cada vez maior, onde deve ter em mente que nem sempre a sobrevivência afeta a qualidade de vida, a carência desse cuidado independente da faixa etária é um tipo de cuidado universal, que se estende para o paciente e sua família (BARBOSA, 2009).

O cuidado paliativo caracteriza-se pelo cuidado à particularidade, ao bem cuidar pela atenção da peculiaridade de cada ser humano (ALI, 2011). Para Barbosa (2009), os cuidados paliativos devem salientar o adequado manejo dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e da sua família e estar vigente em todas as etapas do percurso da patologia. Com a transfiguração do perfil epidemiológico e das circunstâncias assistenciais, os cuidados paliativos ao paciente com doença crônica que de certa forma a vida é ameaçada, ou seja, os cuidados paliativos ganham atenção na organização dos serviços no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2011). Hermes; Lamarca (2013) vêm salientar outros experimentos de cuidados paliativos no Brasil, tais como: o Projeto Casa Vida, ligado ao Hospital do Câncer de Fortaleza, no Ceará; a equipe de Cuidados Paliativos em AIDS do Hospital Emílio Ribas de São Paulo, que se tornou referência para o

Brasil; o trabalho do grupo de Londrina no Programa de Internação Domiciliar da prefeitura, assim como diversos núcleos vinculados à assistência domiciliar em prefeituras no Paraná e as demais cidades do Nordeste.

Existem equipes participantes nos Hospitais de Câncer de Salvador, Barretos, Goiânia, Belém, Manaus e São Paulo, ambulatórios em Hospitais Universitários como o ambulatório da UNIFESP, conduzido pelo Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, um nome representativo na peleja pelo ensino dos cuidados paliativos no Brasil, nas escolas de Botucatu e Caxias do Sul; o serviço do Hospital de Base de Brasília e do Programa de Cuidados Paliativos do Governo do Distrito Federal. A Organização Mundial da Saúde reconhece os cuidados paliativos como a modalidade de apoio e assistência indicada para as pessoas que possuem doenças incuráveis e em fase avançada da doença, os quais todos os recursos de vicissitude de cura foram gastos, sendo o foco do procedimento para a pessoa e não a doença, porém, a prevalência das pessoas é viver cada vez mais tempo, levando a um aumento de idosos doentes que necessitam de cuidados paliativos (LINDSKOG; TAVELIN; LUNDSTROM, 2015).

Mas com o aumento sucessivo do número da população idosa, aponta-se que 60% a 75% do público morrerá depois de um período de patologias crônicas progressivas, que poderá originar um cenário de doença avançada ou terminal (BARTOLOMEU, 2014). Segundo Fonseca; Fonseca, (2010), à medida que a idade avança, as alterações da fisiologia ocorrem e afetam a vida e a dinâmica estrutural do corpo, podendo levar à incapacidade funcional e a suscetibilidade das pessoas idosas com patologias crônicas. Por conta disso, os cuidados paliativos podem ser um método útil para a precaução a esses pacientes.

O Ministério da Saúde (2012) relata que a letalidade por neoplasia maligna de brônquios e pulmão reduziu entre os homens, mas aumentou entre as mulheres. O acidente vascular encefálico (AVE) pode acontecer em todas as idades, sabendo-se, no entanto, que há um crescimento significativo de acontecimento a partir dos 60 anos de idade com relação à ocorrência, estima-se o acidente vascular encefálico (AVE) em 30 dos 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e em 1.230 dos 100.000 habitantes acima de 75 anos (FERREIRA, 2013). Entretanto, Bastos (2014) acredita que o óbito é uma das experiências de comoção para o indivíduo, por acarretar uma carga específica de dor e por também ser,

conhecidamente, um argumento de receio na maior parte das sociedades. Aprender a batalhar com a morte provoca desafios para os profissionais de saúde comprometidos nos cuidados paliativos, que se caracterizam como um comportamento prioritário que adota um conceito assistencial de dar apoio aos indivíduos e seus familiares em momento árduo diante da morte.

Segundo Ferreira (2013), as organizações de ação global são imprescindíveis para fixar um pacto social, especialmente para a pessoa idosa que se encontra com um cenário de diferenças como: sociais, culturais, étnicas, econômicas e de saúde, que afetam aqueles próximos e os que convivem com o processo de morte e o morrer, estendendo-se a preocupação aos pacientes, familiares e profissionais. Para Fratezi; Gutierrez (2011), é interessante idealizar a morte como um processo e não como fim, a reflexão é que o paciente é um ser social e histórico, cuidá-lo em seu momento final significa entendê-lo, ouvi-lo e respeitá-lo. O estudo de Azevedo et al., (2014), relatam que a população idosa é um classe extremamente heterogêneo, razão pela qual é trabalhoso definir protocolos de conduta, um tópico atual são as demências, cuja prevalência deve crescer nas próximas décadas, devido ao crescimento simétrico da população idosa no mundo. Assim, as demências evidenciam uma precaução crescente não apenas na área da saúde, mas é alvo de tratamento na geriatria e nos cuidados paliativos.

Já para Kira (2008), além da dor, outros sintomas desconfortantes surgem nos indivíduos em cuidados paliativos, principalmente no estágio final de vida (últimos quinze dias), independente da enfermidade de base. Para Yennurajalingam; Bruera (2011), a apreciação e o tratamento devem ser amplos e centrados no indivíduo, com foco no papel central da unidade familiar e nas decisões a serem tomadas, o cuidado paliativo visa orientar e assessorar o paciente e sua família na tomada de decisões que lhes permita atuar em direção a seus objetivos durante o tempo que têm restantes. Destaca Junior (2009) que hoje passamos a ser um país cuja população envelhece e muito breve seremos um país com uma grande dimensão de ancião.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal realizado no período compreendido entre os meses de abril a julho de 2015.

4.2 Local do estudo:

Foi realizado no município de Maringá Pr., sendo uma cidade de médio-grande porte, planejada e de urbanização, e a terceira maior cidade do estado e a sétima mais populosa da região sul do Brasil. Destaca-se pela qualidade de vida oferecida a seus moradores e por ser um importante cruzamento rodoviário regional. É considerada uma das cidades mais arborizadas e limpas do país. Possui uma população de 397.437 habitantes, sua região metropolitana conta com 754.570 habitantes. Os serviços da estratégia saúde da família (ESF) é responsável pela organização das sessenta e seis equipes saúde da família alocadas nas vinte e nove unidades básicas de saúde (UBS) de Maringá, ajudando a garantir a composição das equipes multiprofissionais para a atuação nas UBS, atualizar o território de abrangência onde desenvolve suas atividades, a qualificação ou educação permanente e implementar planejamento de ações, distribuição de áreas de abrangência, orientação e organização do processo de trabalho.

4.3 Aspectos éticos:

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UNICESUMAR com o parecer nº 1.009.247/2015 e autorizado pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos Portaria nº 004/2013 da Secretaria Municipal de Saúde (CECAPS) sob o ofício nº 1788/2014. Após a provação do diretor (a) de cada uma das UBSs, cada equipe do Programa Saúde da Família (PSF) foi contatada para esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e solicitada à presença de pelo menos um Agente Comunitário da Saúde (ACS) durante as visitas. Durante a visita domiciliar, foi esclarecido os objetivos

e a relevância da pesquisa à entrevistada. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – ANEXO I.

4.4 Amostragem

O público alvo do estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, que fazem uso do serviço domiciliar oferecido pelas 29 unidades básicas de saúde (UBS) do Município de Maringá. A população total correspondeu a 21.536 mulheres. Utilizou-se uma amostragem aleatória estratificada, já que a população de mulheres acima dos 60 anos atendidas no município de Maringá dividia-se de acordo com UBS, aos quais elas eram cadastradas. O critério de exclusão ocorreu com idosas que passaram mal no dia da visita, que precisaram ir para hospitais, foram pouquíssimos caso registrado mais no transcorrer foram substituídas.

O número de pacientes n_g necessário para compor a amostra em cada um dos estratos, correspondendo às UBS, foi calculado de acordo com:

$$n_g = \left(\frac{Z_{\alpha/2}}{e} \right)^2 \frac{N_g}{N} p_g (1 - p_g),$$

em que N_g é a quantidade de idosas atendidas na g -ésima UBS, N é o número total, p_g a prevalência das características a serem pesquisadas, fixada como 0,5 para todos os grupos, já que não há informações anteriores sobre as mesmas. Ainda, o nível de significância considerado foi de $\alpha = 5\%$ e o erro máximo admitido entre a estimativa e o valor real do parâmetro foi de $e = 0,05$, isto é, de cinco pontos percentuais. Portanto, o tamanho da amostra total, necessário para estimar as características de interesse das pacientes registradas com idade igual ou superior a 60 anos em Maringá, foi de 423 idosas, distribuídas entre as unidades básicas de saúde de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 – Quantidade de pacientes que pertencem à amostra para cada UBS.

UBS	Nº DE MULHERES >60 ANOS	Nº AMOSTRA
1	520	10
2	1313	28
3	945	17
4	294	6
5	721	13
6	152	3
7	695	13
8	657	12
9	1374	29
10	517	10
11	417	8
12	706	13
13	1011	23
14	473	9
15	1356	29
16	870	16
17	520	10
18	839	15
19	1453	30
20	447	8

21	1496	31
22	334	6
23	280	5
24	1142	25
25	691	13
26	809	17
27	272	5
28	441	8
29	791	15
TOTAL	21536	423

4.5 Caracterizações do perfil sociodemográfico, suporte social e condições de saúde

Com o objetivo de se identificar o perfil demográfico, suporte social e condições de saúde das idosas, os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado (ANEXO) durante visita domiciliar. Os dados sociodemográficos utilizados para identificação do perfil demográfico das idosas foram obtidos na parte primária do questionário, bem como, os dados referentes ao suporte social. Os dados referentes às condições de saúde autorreferida e utilização medicamentosa foram obtidos por meio de perguntas abertas.

A verificação dos sintomas referidos pelas idosas foi realizada através da aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton “ESAS” (MONTEIRO, 2009). Esta escala foi utilizada com o intuito de identificar a variabilidade de progressão dos sintomas da paciente. É um instrumento útil na avaliação de oito sintomas físicos e psicológicos podendo ajudar na prática clínica, no que se refere identificar a etiologia dos sintomas que causam sofrimento às idosas. A sua utilização realiza-se da seguinte forma: para cada item, em uma escala entre 0-10, sendo que 0 (zero) significa ausência de problemas relacionados

com o sintoma que está sendo medido e 10 (dez) a intensidade máxima relacionada com o sintoma, a paciente deve atribuir uma determinada nota dentro da respectiva escala e, por conseguinte, o número assinalado é transcrito para o gráfico de avaliação de sintomas. Sendo avaliados 10 sintomas: dor; cansaço; náusea; depressão; ansiedade; sonolência; apetite; falta de ar; bem-estar; outro problema.

4.6 Identificação da elegibilidade de cuidados paliativos

Para a verificação da elegibilidade de cuidados paliativos foi utilizado a escala Palliative Care Screening Tool (PCST). Tal escala visa por meio de graduação pré-definida, considerar a necessidade ou não de cuidados paliativos nas pacientes idosas avaliadas, consistindo em quatro critérios: doenças de base, doenças associadas, condição funcional da paciente e condições pessoais das pacientes (LUCCHETTI, 2009).

A graduação foi estipulada entre 0 e 28 pontos, sendo que menor ou igual a 2 pontos, não há indicação de cuidados paliativos; 3 pontos, se faz necessária observação clínica; e maior ou igual a 4 pontos, deve-se considerar cuidados paliativos.

O primeiro critério, as doenças de base, classificadas em cinco grupos distintos: Câncer; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada; Sequela de acidente vascular cerebral; Insuficiência renal grave; outras doenças limitantes à vida do paciente. Cada grupo possui um valor preditivo de dois pontos para cada subitem

Segundo critério, doenças associadas. Considerando: doença hepática; doença renal moderada; DPOC moderada; Insuficiência Cardíaca Congestiva moderada; outras doenças associadas. O valor preditivo de cada doença presente será de um ponto, assim como o conjunto de outras doenças associadas.

Terceiro critério, condição funcional do paciente. Analisando a dependência do paciente, sendo aquele totalmente independente e ativo com nenhum ponto e o totalmente passivo e dependente com uma pontuação quatro, havendo uma avaliação para a variação

de dois e três pontos baseado nas atividades cotidianas, atos de cuidados pessoais e número de horas confinados ao leito ou cadeira de rodas.

Quarto critério são as condições pessoais do paciente. Diante disso, a análise de pacientes com a necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas, com o histórico de internações recentes em serviços de emergência, hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base, internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico serão os itens avaliados neste critério. Sendo validado um ponto para cada subitem, no total de quatro.

Objetivando a demonstração do grau de complexibilidade que a mulher idosa apresenta, foi utilizada a escala Palliative Performance Scale (PPS). A PPS é uma escala utilizada nos serviços de cuidados paliativos, que permite estabelecer um prognóstico mais objetivo e descrever o nível funcional do doente (MEDEIROS, 2014). Tal escala engloba cinco itens avaliados pelo observador: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência. A escala atribui um score ao doente entre os valores de 0% a 100%.

A partir de 70% a deambulação já é prejudicada ou reduzida. Com 50% o paciente passa a maior parte do tempo sentado ou deitado. Abaixo de 30% o paciente está totalmente acamado.

Atividade e evidência de doença se altera com os mesmos 70%, passando para uma atividade incapaz para o trabalho, doença significativa. Com 60%, a doença possui o poder de interferir já em atividades de lazer como hobbies e trabalhos domésticos. A incapacitância para qualquer tipo de trabalho se dá com valores abaixo de 50%, com uma doença extensa. E valores abaixo de 30% são considerados incapacitantes a qualquer tipo de atividade.

O autocuidado apresenta variação um pouco distinta dos outros critérios, com alterações iniciais aos 60%, quando o paciente começa a apresentar significativa assistência ocasional.

Decrescendo para assistência considerável, quase completa e completa com valores 50%, 40% e abaixo de 30%, respectivamente.

A ingesta, assim como o autocuidado, possui a sua peculiaridade de variação tendo início aos 80%, paciente apresenta uma ingesta normal ou reduzida. Seus agravantes extremos se dão a partir de 20% no qual a ingesta se torna mínima e restrita a pequenos goles, com piora máxima nos 10% o paciente necessita de cuidados com a boca.

O último critério avaliado nesta escala de desempenho é o de nível de consciência. As alterações começam com 60%, apresentando períodos de confusão e quando há sonolência associada, o valor decresce para 40%. E quando não há consciência ou coma o valor já é igual a 10%. Quanto mais baixo é o score, menor é a capacidade funcional do doente e pior o prognóstico, sendo necessária a implementação de cuidados paliativos.

O score 0% significa a morte do doente, e o score 100% é atribuído ao doente que não tem alteração significativa alguma. A PPS pode ser utilizada para diversas finalidades e é uma excelente ferramenta que permite descrever rapidamente o atual nível funcional do paciente e permite medir o declínio progressivo dos doentes.

4.6 Análise estatística

A análise descritiva das respostas das entrevistadas, de acordo com a seção do questionário, foi obtida com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*) com a construção de gráficos de setores, de barras, de caixas (*box plot*) e histogramas, além de tabelas de frequência para a representação dos resultados.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização sociodemográfica

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências das respostas das entrevistadas quanto à caracterização sociodemográfica. A idade média das participantes do estudo foi de $76,95 \pm 8,92$ anos, tendo a maioria delas (40,2%) idade entre 70 a 80 anos. Embora haja ampla variabilidade no grau de escolaridade das idosas, a maioria (37,8%), relatou possuir um à quatro anos de instrução e apenas 6%, cinco anos ou mais. Em relação ao estado civil, mais da metade (54,1%) das entrevistadas são viúvas e cerca de 30% são casadas. Quanto a religião, a maioria delas (63,1%) afirmou serem católicas e 34,5% evangélicas.

Tabela 2 – Distribuição de frequências das respostas referentes ao perfil sociodemográfico de mulheres idosas com disfunção funcional usuárias das unidades básicas de saúde do Município de Maringá-Pr., em 2015.

Variáveis	Frequência	%
Idade		
60 - 70 anos	111	26,2%
70 - 80 anos	170	40,2%
80 - 90 anos	114	27,0%
90 - 100 anos	27	6,4%
> 100 anos	1	0,2%
Grau de escolaridade		
Sem instrução	113	26,7%
< 1 ano de instrução	123	29,1%
1 - 4 anos de instrução	160	37,8%
≥ 5 anos de instrução	27	6,4%
Estado civil		
Casada	130	30,7%
Viúva	229	54,1%
Separada	28	6,6%
Amasiada	7	1,7%
Solteira	26	6,1%
Não respondeu	3	0,7%
Religião		

Ateu	1	0,2%
Católica	267	63,1%
Evangélica	146	34,5%
Outra	8	1,9%
Não respondeu	1	0,2%
Total de entrevistadas	423	100,00%

5.2 Caracterização do suporte social

Nota-se pela Figura 1 que cerca de 80% das entrevistadas alegou que não participa de grupos comunitários. Já dentre as que participam, destaca-se que a maioria participa do grupo na UBS (15% do total de entrevistadas), seguido pelos grupos religiosos (6%).

Ressalta-se que algumas das entrevistadas disseram que participam de mais de um grupo.

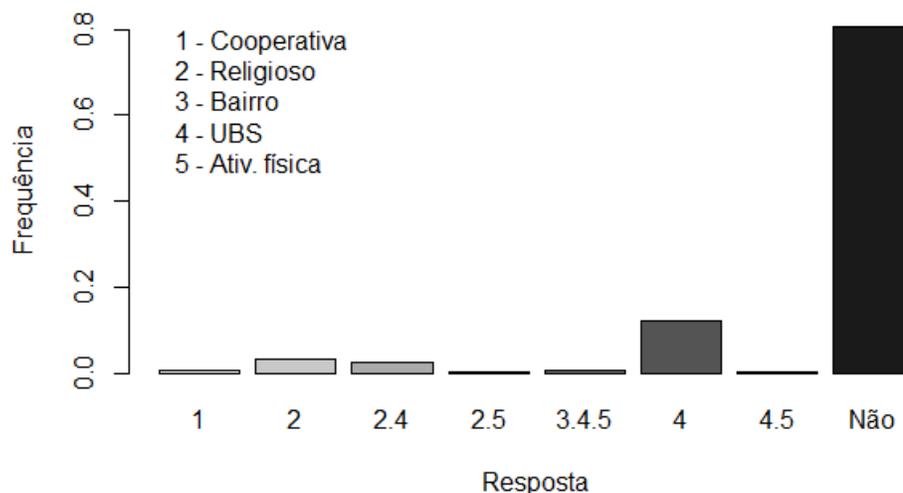


Figura 1 – Distribuição de frequências da resposta em relação à participação de grupos comunitários das entrevistadas (números múltiplos localizados no eixo “X” do gráfico indicam respostas múltiplas).

Quando questionadas sobre as pessoas com quem moram, quase 45% das entrevistadas disseram que moravam com os filhos, ao passo que 34% relataram residir com seu companheiro, como pode ser verificado na Figura 2. Ainda, nota-se que mais de 15% das idosas moram sozinhas.

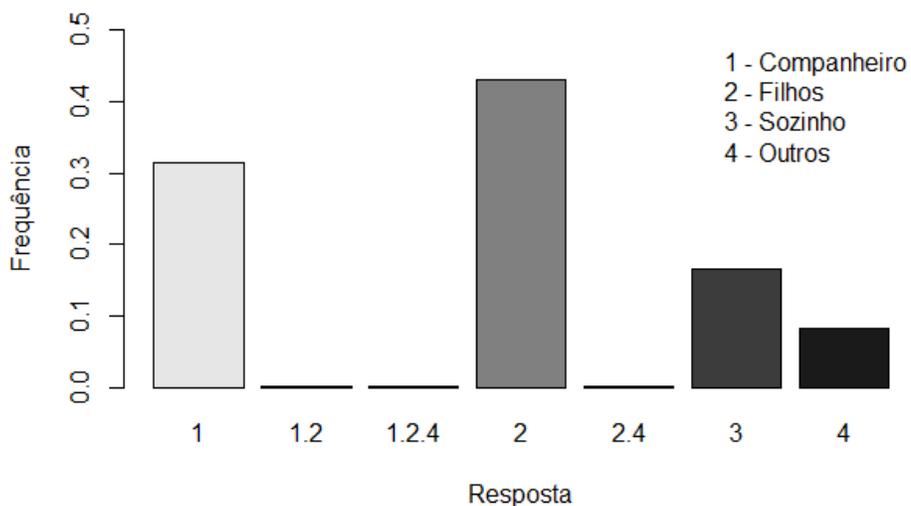


Figura 2 – Distribuição de frequências da resposta em relação aos indivíduos com quem as entrevistadas moram (números múltiplos localizados no eixo “X” do gráfico indicam respostas múltiplas).

De acordo com a Figura 3, verifica-se que a grande maioria das pesquisadas apontou que são os filhos quem poderiam ajuda-las caso ficassem doentes (quase 80%), a segunda pessoa mais citada foi o cônjuge (8%).

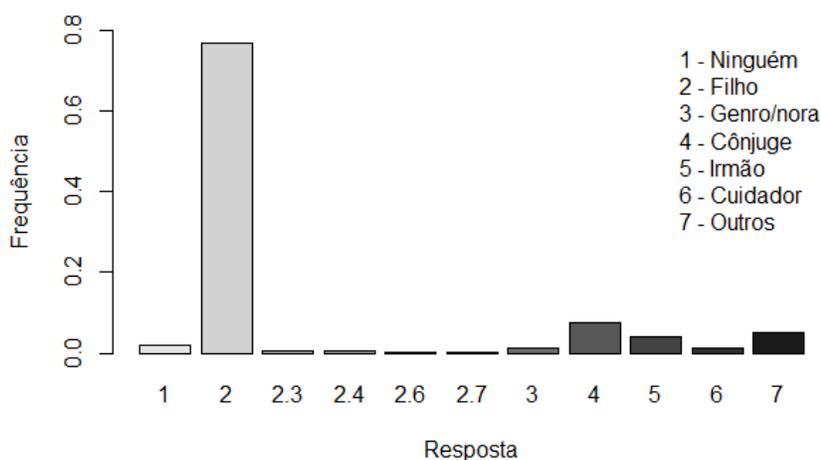


Figura 3 – Distribuição de frequências da resposta em relação a quem poderia ajudar as entrevistadas, caso elas fiquem doentes (números múltiplos localizados no eixo “X” do gráfico indicam respostas múltiplas).

Da mesma maneira, quando indagadas sobre a pessoa que tomaria decisões sobre sua saúde caso estivessem impossibilitadas, a maioria respondeu que seriam os filhos (77%). Ainda, observa-se que 8% apontou que seria o cônjuge que tomaria tais decisões e um total de 2,4% relatou que ninguém tomaria, como apresentado na Figura 4.

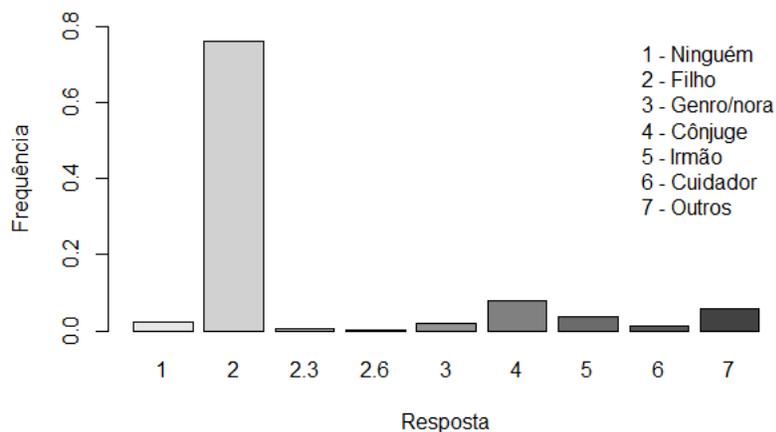


Figura 4 – Distribuição de frequências da resposta em relação a quem tomaria decisões de saúde sobre as entrevistadas, caso elas não sejam capazes de fazê-lo (números múltiplos localizados no eixo “X” do gráfico indicam respostas múltiplas).

5.3 Caracterizações das condições de saúde

A Tabela 3 apresenta os dados da caracterização das condições de saúde referida pelas entrevistadas. Aproximadamente 100% das idosas fazem uso de medicamentos contínuos, sendo que 82% delas são hipertensas, 35% possuem diabetes mellitus, 17% depressão, 12% doença cardíaca, 10% Alzheimer, 9% referiram ter tido acidente vascular cerebral e cerca de 60% referiram outras doenças.

Tabela 3–Distribuição de frequências das respostas referentes às condições de saúde de mulheres idosas com disfunção funcional usuárias das unidades básicas de saúde do Município de Maringá–Pr., em 2015.

Doenças	Frequência	%
Diabetes		
Sim	148	35,0%
Não	275	65,0%
Hipertensão		
Sim	348	82,3%
Não	75	17,7%
Câncer		
Sim	18	4,3%
Não	405	95,7%
Depressão		
Sim	73	17,3%
Não	350	82,7%
Parkinson		
Sim	18	4,3%
Não	405	95,7%
Cardíaca		
Sim	52	12,3%
Não	371	87,7%
Alzheimer		
Sim	41	9,7%
Não	382	90,3%
AVC		
Sim	38	9,0%
Não	385	91,0%
Outra doença		

Sim	262	61,9%
Não	161	38,1%
Uso de medicamentos contínuos		
Sim	420	99,3%
Não	3	0,7%
Total de entrevistadas	423	100,00%

A Tabela 3 apresenta dados referentes aos escores obtidos na escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton no momento da entrevista medido em uma escala de 0 a 10, na qual 0 representa a ausência do sintoma e 10 a maior manifestação possível do sintoma. Dor, ansiedade e sensação de mal-estar configuram como os sintomas mais relevantes referenciados pelas idosas (média dos escores: 4,94; 4,11; 3,62; respectivamente) e náusea, falta de ar e depressão como menos relevantes (média dos escores: 0,6; 1,5; 2,2; respectivamente).

Tabela 4 – Distribuição de frequências das respostas das entrevistadas na escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton sobre nove questões (quanto maior, pior o sintoma).

Sintomas	Média	Desvio padrão
1 - Dor	4,94	3,02
2 - Cansaço	2,3	2,62
3 - Náusea	0,6	1,49
4 - Depressão	2,24	2,84
5 - Ansiedade	4,11	3,15
6 - Sonolência	3,44	2,95
7 - Falta de apetite	2,57	2,22
8 - Falta de ar	1,52	2,56
9 - Sensação de mal-estar	3,62	2,23

5.4 Identificação da elegibilidade de cuidados paliativos

A Figura 5 apresenta os resultados dos escores obtidos na escala Palliative Performance Scale (PPS), referentes ao nível funcional da paciente com graus deambulação variando entre 0% a 100%, onde 100% indica que o paciente está totalmente ativo e 0%

indica que o paciente veio a óbito. A média dos escores obtidos foi de 70%, indicando que a maioria das idosas apresenta deambulação reduzida, devido às doenças associadas como as doenças de articulações. Cerca de metade delas apresentaram deambulação prejudicada (escores iguais ou superiores a 70%), 32% passam a maior parte do tempo sentada ou deitada (escore igual a 50%), e 6% passam todo o tempo acamadas (escores iguais ou inferiores a 30%).

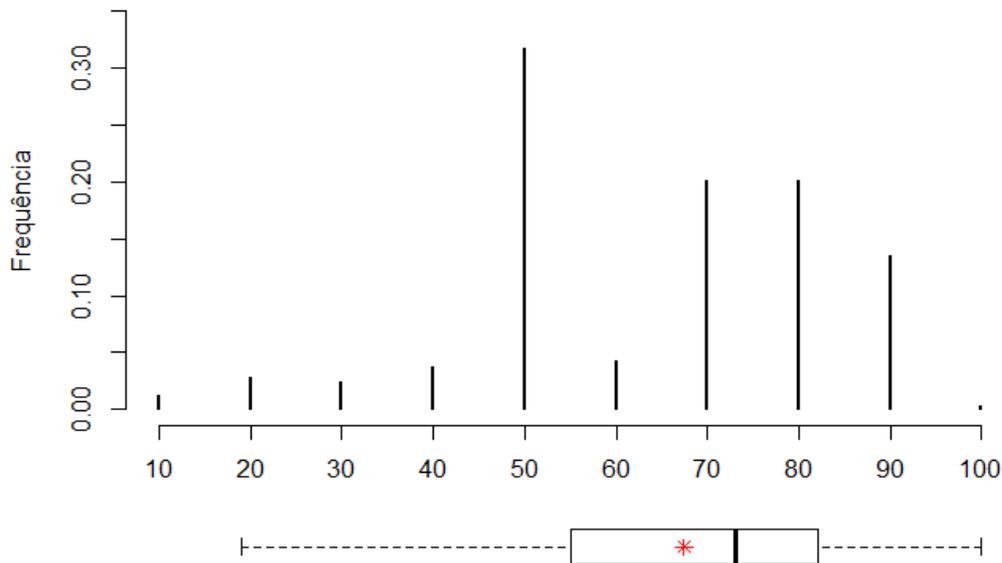


Figura 5 – Distribuição de frequências da porcentagem das entrevistadas na escala Palliative Performance Scale (PPS).

A Figura 6 apresenta a distribuição de frequências da pontuação obtida nos quatro critérios da escala Palliative Care Screening Tool (PCST). Para o primeiro critério, relacionado às doenças de bases, a pontuação 2 foi atingida pela maioria (77%) das idosas, e indica que estas possuem apenas uma das cinco doenças de base presentes no instrumento de avaliação. No critério dois, que refere as doenças associadas, a pontuação 1 foi atingida por 88% das idosas, indicando que a maioria delas apresenta pelo menos uma das doenças associadas descritas no instrumento de avaliação ou outras declaradas pela paciente. No que se refere à condição funcional do paciente, critério três, 44% das idosas não pontuaram,

indicando que as mesmas são independentes e ativas; 17% delas atingiram pontuação 2, o que indica que possuem dificuldade para realização de atividades cotidianas e mais de 30% delas atingiram a pontuação 4, ou seja, são totalmente dependentes. Para o critério 4, que avalia o estado cognitivo e o histórico de internações relacionados a doença de base, mais da metade das idosas (54,8%) não pontuaram, indicando ausência dos sinais e sintomas avaliados e 36% delas atingiram pontuação igual a 1, indicando que estas apresentam problemas cognitivos e internações recentes, frequentes, prolongadas e com mal prognóstico.

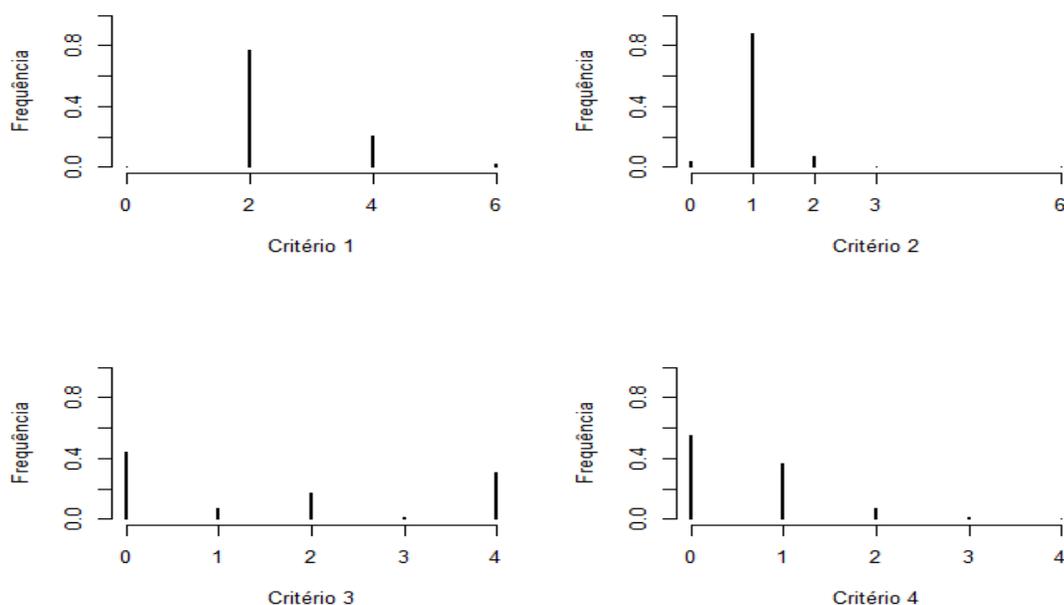


Figura 6 – Distribuição de frequências da pontuação das entrevistadas nos quatro critérios da escala Palliative Care Screening Tool (PCST).

Dados referentes à distribuição da média da soma das pontuações obtidas nos critérios encontram-se apresentado na Figura 7, onde valores menor ou iguais a 2 pontos correspondem a não indicação de cuidados paliativos; 3 pontos, se faz necessária observação clínica; e maior ou igual a 4 pontos, deve-se considerar cuidados paliativos. A

pontuação média da população investigada foi de 5 pontos, sugerindo a elegibilidade de cuidados paliativos.

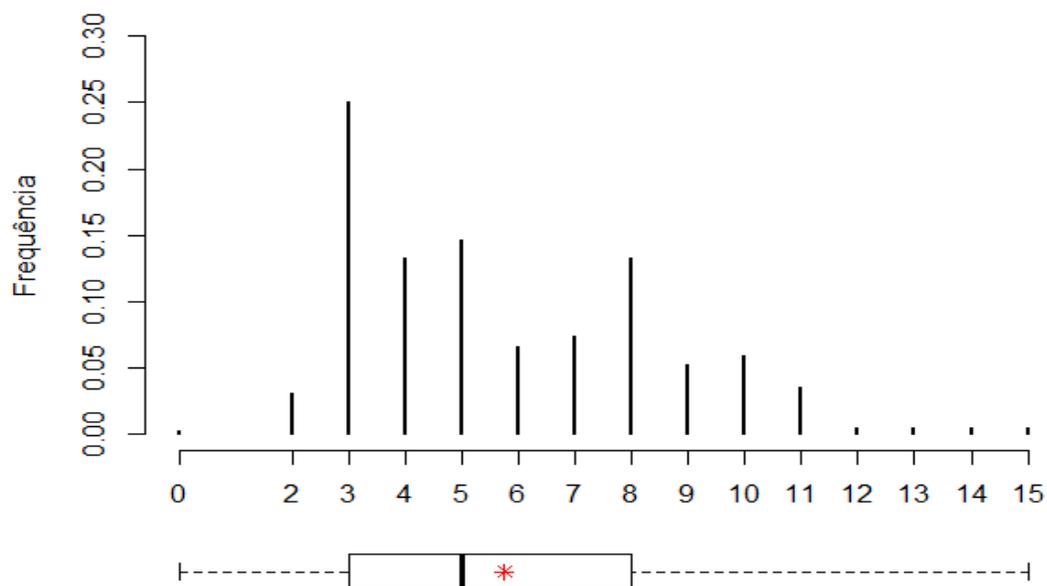


Figura 7 – Distribuição de frequências da pontuação total das entrevistadas da escala Palliative Care Screening Tool (PCST).

6. DISCUSSÃO

A maioria das pacientes idosas com dificuldades de mobilidade investigadas no presente estudo apresenta doenças de causas isquêmicas e metabólicas, seguidas de doenças psíquicas e degenerativas. Mais de 80% delas são portadoras de hipertensão arterial sistêmica o que não é diferente da média dos idosos brasileiros cuja prevalência hipertensão ultrapassa 65% comparado ao trabalho realizado por (RENOVATO; BAGNATO, 2012). A limitação de mobilidade destas pacientes agrava ainda mais o prognóstico, haja vista que o monitoramento da evolução desta doença crônica é fundamental para a avaliação do risco cardiovascular e outras morbidades. A alta prevalência de diabetes torna também esta população mais vulnerável, uma vez que esta doença é altamente limitante por causar cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas (PAULO et al., 2014).

Segundo Silvestre, Neto, Menezes (2003), em média 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, o que, segundo os autores, não significa necessariamente que estes idosos se tornam pessoas dependentes e incapazes, mas que se não cuidados com atenção tem grandes chances de desenvolverem dificuldades de mobilidade e requererem cuidados especiais. O aumento da população idosa é um fenômeno mundial sem precedentes, cuja velocidade de ascensão é marcante em países em desenvolvimento (ESKINAZ et al., 2015). Um estudo epidemiológico recente realizado com 6.624 idosos de 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana de 100 municípios de diferentes portes populacionais dos 23 estados brasileiros, mostrou que a prevalência da assistência domiciliar na população idosa é de 11,7%, cuja ocorrência é maior em mulheres (WACHS et al., 2016).

Segundo ainda este mesmo estudo, a probabilidade das mulheres receberem atenção domiciliar é 1,4 vezes maior quando comparada aos homens, mostrando a necessidade da caracterização das necessidades requeridas por essa população específica. Assim como demonstrado para a população aqui investigada, estudos realizados em outras regiões do

país apontam que a idade de mulheres idosas com dificuldades de mobilidade varia entre 70 a 80 anos, as quais possuem baixo nível de escolaridade (PASKULIN et al., 2012; DOMICIANO et al., 2014), são em sua maioria viúvas (TRIBESS et al., 2009; MOREIRA et al., 2012) e católicas (SOUZA et al., 2012). Para Wachs et al., (2016), a probabilidade dos idosos brasileiros de receberem cuidados domiciliares depende de suas condições sociodemográficas onde é 1,85 vezes maior para aqueles com mais de 80 anos quando comparados ao grupo de 60 a 64 anos; não ter nenhum ano de estudo aumenta em 2,2 vezes a probabilidade de recebimento de atenção domiciliar, quando comparados com idosos que tinham oito anos ou mais de estudos e o recebimento de atenção no domicílio é cerca de 30% maior nas classes econômicas mais pobres.

Em conjunto, estes estudos confirmam que o perfil sociodemográfico da população de mulheres com dificuldade de mobilidade que recebem cuidados domiciliares investigada no presente estudo é condizente com o perfil esperado para a população feminina idosa brasileira que necessita de cuidados domiciliares. Com relação ao suporte social, estudos apontam que os trabalhos em grupo realizados com idosas é um instrumento essencial para a promoção e educação em saúde (DURANTE et al., 2014; MARON et al., 2015). Dentre as idosas entrevistadas neste estudo, aproximadamente 80% delas afirmaram não participar de grupos comunitários, o que pode ser interpretado como um agravo à saúde e um limitante na qualidade de vida da população em questão, pois sabe-se que a formação de grupos de idosos que estimula uma vida social, como a realização de atividades recreativas, físicas e culturais, propiciam uma significativa mudança no comportamento e nos hábitos de vida, reduzindo os riscos de complicações associadas às doenças crônicas, preservando, conseqüentemente, a autonomia e o bem estar da população idosa (PILGER et al., 2011).

Faleiros, (2014) afirmam em seu estudo que o suporte social ofertado a maioria das pessoas idosas provém dos filhos, noras e em poucos casos vizinhos e amigos. Segundo Vianna, Vianna e Beserra (2010), a presença da família é fator fundamental de suporte e contribuição no tratamento, sendo insubstituível como fonte de confiança e afeto para o paciente idoso. O fato de que a maioria das idosas investigadas no presente estudo reside com seus filhos e são estes que tomam a maioria das decisões sobre os eventos relacionados à saúde, sugere a necessidade da inserção dos mesmos nas estratégias de cuidado e de

promoção da saúde direcionadas para a população em questão. As associações com morbidades crônicas favorecem as chances dos idosos apresentarem dificuldades de mobilidade. Segundo Wachs (2016) a probabilidade de idosos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes em receber atendimento domiciliar é cerca de 40% maior, em comparação àqueles sem estes problemas.

As condições crônicas abrangem uma categoria extremamente vasta de agravos, sendo estes persistentes e carentes de certo nível de cuidados permanentes, exigindo mudanças no estilo de vida e um maior gerenciamento da saúde. Embora esses agravos, decorrentes das doenças crônicas, não sejam necessariamente fatais, são, na maioria das vezes, os desencadeadores do que pode ser denominado de processo incapacitante, ou seja, o processo no qual determinada condição afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas (SOUZA et al., 2014). Essas circunstâncias confirmam com os resultados da pesquisa. Proporcionalmente ao envelhecimento tem-se uma elevação do número de doenças crônico-degenerativas, e de suas complicações, como acidente vascular cerebral, fraturas por quedas, limitações causadas por insuficiência cardíaca e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, como também o comprometimento da dependência como resultado dos distúrbios mentais, característicos do envelhecimento (SOUZA et al., 2014).

Storch (2015) e Silva et al., (2013) relatam ainda em suas pesquisas que uma parcela significativa das idosas apresenta insônia, ansiedade, depressão, sintomas identificados em pacientes que possivelmente carecerão de cuidados especiais. O sofrimento com as dores crônicas e dispnéia configuram como as principais causas da permanência das pacientes em seu leito ou cadeira e surgem muitas vezes em decorrência da progressão das doenças de base (O'Neil et al., 2016). De fato, observou-se no presente estudo que a maioria das pacientes com limitações de mobilidade referiram possuir dor e sensação de mal-estar o que também foi verificado em outros estudos (MONTEIRO et al., 2009; SILVA et al., 2013; STORCH et al., 2015). Em estudo realizado por Lobos, Santos e Gomes (2014) 67,0% das mulheres com idade média de 75 anos apresentam graus severos de imobilidade devido ao estado funcional e condições de saúde debilitantes.

O conhecimento das comorbidades mais frequentes na população idosa bem como dos sintomas referidos facilita, portanto a execução de ações que promovam melhora na qualidade de vida, que previnam o surgimento de doenças comuns dessa fase da vida, e que garantam maior independência pessoal. Em resposta aos sintomas e tratamento das doenças crônicas a utilização de medicação contínua é quase que exclusiva na população investigada. Estima-se que no Brasil 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente os indivíduos acima de 60 anos (SECOLI et al., 2010). Segundo Silva e Santos (2010), o consumo de fármacos entre os idosos atribui-se à tentativa de compensar as alterações sofridas com o processo de envelhecimento, ou visando a controlar doença bastante frequentes nessa faixa etária. O controle da ingestão adequada da medicação é sem dúvida prejudicada pela limitação de mobilidade e por isso requer cuidados especiais passíveis de garantir melhor prognóstico e qualidade de vida dessas pacientes.

O desempenho funcional da população idosa bem como as dificuldades de mobilidade foram avaliados no presente estudo utilizando a Palliative Performance Scale, importante ferramenta de elegibilidade e avaliação dos critérios de cuidados paliativos. De acordo com essa escala, observou-se que quase a totalidade das idosas apresentou comprometimento da mobilidade, variando desde redução da deambulação, até aquelas que se encontram totalmente acamadas. A imobilidade, além de restringir a autonomia e dependência, pode trazer prejuízos ao sistema muscular, esquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo, conferindo grande limitação e podendo contribuir para aumento do tempo de internação hospitalar e para o aparecimento de fraqueza na musculatura respiratória e periférica, prejudicando, assim, as suas funções e a qualidade de vida (SOUZA et al., 2014).

Outro instrumento utilizado no presente estudo para determinar a elegibilidade de cuidados paliativos foi a escala Palliative Screening Tool, apontada em alguns estudos, como o de Lucchetti et al., (2009) como uma importante ferramenta na identificação de comorbidades presentes, possibilitando, posteriormente, o estabelecimento da conduta mais adequada, atendendo as necessidades do paciente avaliado. A partir dos resultados encontrados no presente estudo, onde a maioria das idosas que recebem cuidados

domiciliares apresentam escores compatíveis com a elegibilidade de requererem cuidados paliativos, baseado pelo menos nos instrumentos avaliativos aqui utilizados nos deparamos com a necessidade de implementação de uma política de saúde pública que vise à formação de uma equipe multifatorial especializada em cuidados paliativos.

De acordo com Victor, Scambler e Bond (2009), deve-se partir de indicadores básicos, tais como os dados sociodemográficos e a descrição dos problemas e necessidades que afetam e influenciam o bem-estar dos idosos, para então ser possível gerenciar o cuidado através do planejamento, coordenação e monitoramento dos serviços de saúde, prevenindo ou atenuando os riscos relativos aos problemas físicos, emocionais e funcionais que podem dificultar ou impedir uma vida comunitária independente. Outros estudos também reforçam a necessidade de se modificar a abordagem de assistência à saúde dos idosos, promovendo a integração e coordenação dos serviços, a fim de oferecer um suporte assistencial de forma integral ao idoso e sua família (FLORIANO et al., 2012; VERAS et al., 2014). De acordo com Assis et al., (2010), a construção de uma rede de atenção ao idoso é um desafio, demanda a oferta de diversos tipos de serviços, sendo necessária uma sistematização, em que as prioridades devem estar estabelecidas e estruturadas, a fim de garantir a efetividade e longitudinalidade das ações.

Para isso, é fundamental a atuação das Equipes de Saúde da Família- ESF, destacando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, pois são esses os responsáveis pela mediação dos profissionais de saúde com a comunidade, e conseqüentemente os responsáveis por reconhecer fatores de risco que podem levar a incapacitância do idoso ou agravar seu estado, ou ainda identificar aqueles usuários frágeis, com alto grau de dependência ou acamados. De acordo com Motta et al., (2011), é indispensável à capacitação e integração de diferentes profissionais, principalmente os agentes comunitários, com a equipe, objetivando um maior conhecimento sobre o fenômeno do envelhecimento e principalmente como envelhecer de forma saudável priorizando a manutenção da independência e autonomia da mulher idosa.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que a população idosa feminina maringaense que recebe atendimento domiciliar ofertado pelo SUS de fato carece deste atendimento, pois apresenta dificuldade de mobilidade. Além disso, esta população apresenta condições de saúde compatíveis com a necessidade de receberem cuidados paliativos, o que sugere a articulação de equipes de trabalho especializada em cuidados junto às UBSs.

8. REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino Am Enferm.* Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, jan./fev., 2010

ALEXANDRE, T.D.A.S.; CORONA, L.P.; NUNES, D.P.; SANTOS, J.L.; DUARTE Y.A.; LEBRÃO M.L. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatr*, 2012.

ALI, A.S.A.M.A. Cuidados Paliativos e a Saúde dos Idosos no Brasil. *Rev. Kairós Gerontologia* 14 (1) São Paulo, 2011.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. Â. A. D.; FRANCO, T. B & JORGE, M. S. B. *Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Edufba, 2010.

AZEVEDO, D.; TOMMASO, D.G.B.A.; BRULÁ, C.; SAANTOS, G.; DIAS, L.M.; PY, L.; REBELLO, M. Vamos Falar de Cuidados Paliativos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) apoio (ANCP) Academia Nacional de Cuidados Paliativos. O texto original foi traduzido e adaptado para uso no Brasil pela Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG (2014-2016).

BARBOSA, M.M.S. Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BARRICELLI, L.B.O.F.L.I.; SAKUMOTO, Y.K.I.; SILVA, M.H.L.; ARAUJO, V.C. Influência da orientação religiosa na qualidade de vida de idosos ativos, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):505-515.

BARTOLOMEU, M.S. Relatório de Prática Clínica Conferências Familiares em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Dissertação de mestrado em cuidado paliativo, 2014.

BEIRNE, C.; DELAHAY, R.; YOUNG, A. *Sex differences in senescence: the role of intra-sexual competition in early adulthood*. *Proc Biol Sci*, 2015.

BOCCHI, E. A.; MARCONDES, B. F.G.; BACAL, F.; FERRAZ, A.S.; ALBUQUERQUE, D.; RODRIGUES, D. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol* 2012.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. Estatística Básica. 7ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2012.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longo permanência para idosos no Brasil. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados. Texto para Discussão n. 1.426. Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; ALBALA, C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*, 2014.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P.S.; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil) The impact of chronic disease on the quality of life of the elderly in São Paulo (SP, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.

CHRISTENSEN, K.; DOBLHAMMER, G.; RAU, R.; VAUPEL, J. W. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009, 374:1196–1208.

CRIMMINS, E.M.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66B(1), 75–86, doi:10.1093/geronb/gbq088. Advance Access published on December 6, 2010.

COURTNEY-LONG, E.A.; CARROLL, D. D; ZHANG, Q.C.; STEVENS, A.C.; GRIFFIN-BLAKE, S.; ARMOR, B.S.; CAMPBELL, V.A. Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults--United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015 Jul 31;64 (29): 777-83.

DA SILVA, E. F.; PANIZ, V. M. V.; LASTE, G.; SILVA, T. I. L. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas *rural e urbana*. *CienSaudeColet*, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.

DA SILVA, J. V.; ANDRADE, F. N.; NASCIMENTO, R. M. Cuidados Paliativos-Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura/PalliativeCare-Submissionsand Comprehensiveness: Literature Review. *Revista Ciências em Saúde*, v. 3, n. 3, p. 56-73, 2014.

DIRETRIZES DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA. indd 3, SECRETARIA DE DA SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Vitória, 1ª edição, 2008.

DOMICIANO, B.R.; DARLING, K.A.P.B.; SILVA, P.N.; VASCONCELOS, T.B.; MACENA, R.H.M. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Neurocien*, 22(3):330-336, Fortaleza-CE-Brasil, 2014.

DZINGINA, M. D.; HIGGINSON, J.I. Public Health and Palliative Care in 2015. *Clinic in geriatric medicine*, v. 31, n.2, p. 253-263, 2015.

DURANTE, A., RODIGHERI, A., ROCKENBACH, C. W. F.; PIMENTEL, G. L.; LEGUISAMO, C. P.; CALEGARI, L. Treinamento muscular inspiratório melhora a força muscular respiratória e o pico de fluxo expiratório em idosas hipertensas. *ConScientiae Saúde*, 13(3), 364-37, 2014.

ESKINAZI, F.M.V.; MARQUES, O.P.A. Envelhecimento e a Epidemia da Obesidade. *UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde= Journal of Health Sciences*, 2015.

FALLER, J.W.; MELO, W.A.; VERSA, G.L.G.S. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu PR, *Esc Anna Nery* (impr.)out-dez; 14 (4):803-810, 2010.

FALEIROS, P.V. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. *Argumentum, Vitória (ES)*, v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014.

FERREIRA, S.M.D. Cuidados Paliativos: o necessário para o idoso com acidente vascular encefálico. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), p. 293-308. 2013.

FERRUCCI, L.; COOPER, R.; SHARDELL, M.; SIMONSICK, E.M.; SCHRACK, J.A. Age-Related Change in Mobility: Perspectives From Life Course Epidemiology and Geroscience, the Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, p. glw043, 2016.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O.; SUDRÉ, M. R. S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 543-548, 2012.

FONSECA, C.A.; FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 20, n. 4, p. 301-309, 2010.

FRATEZI, R. F.; GUTIERREZ, O. A. B. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 2011.

GALLON, C.W.; WENDER, M.C.O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(4):175-83.

GU, D.; DUPRE, E. M.; WARNER, F. D.; ZENG, Y. Changing health status and health expectancies among older adults in China: gender differences from 1992 to 2002. *Soc Sci Med* 2009, 68:2170–2179.

GRAGNOLATI, M.; JORGENSEN, O.H; ROCHA, R.; FRUTTERO, A.. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. Banco Mundial, Washington (D.C) 2011, P. 1-62.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2577-2588, 2013.

HEKMAN, W.R.P.; BRBISAN, N.J.; MENEZES, S.H.; ANTONELLO, V. Hipertensão do avental branco em mulheres idosas Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS – Brasil, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Projeção. por sexo e idade: 1980-2050–Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Tábuas Completas de Mortalidade 2010; Comunicação Social, Dec 01 2011. [<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010>].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, Rio de Janeiro: IBGE; [Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27].2010.

JOPP, D.S.; BOERNER, K.; RIBEIRO, O.; ROTT, C. Life at Age 100: An International Research Agenda for Centenarian Studies. Journal of Aging, Soc Policy, n. Just-accepted, 2016.

JUNIOR, A.D.E. Envelhecimento e vida saudável - Rio de Janeiro : Apicuri, 316p. Inclui bibliografia ISBN 978-85-61022-25-9, 2009.

KIRA, C.M. Sedação paliativa. Manual de Cuidados Paliativos, p. 202. 2009.

Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário oficial da União 2003; 1 out. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

LINDSKOG, M.; TAVELIN, Bjo`rn; LUNDSTRO`m S.. Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality – A population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. Received 5 February 2015.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 913-919, 2014.

LUCCHETTI, G.; NETO, A.M. B.; RAMOS, S.A.C.; FARIAS, L.D.F.C.; GRANERO,A.L.; PIRES, S.L.; GORZONI, M.L. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Rev. Geriatria & gerontologia*, 2009.

LUIZAGA, C.T.; GOTLIEB, S.L. Male mortality in three Brazilian state capitals, 1979-2007. *Rev Bras Epidemiol*, p.87-99, 2013.

MACIEL, M. G.S. Definições e princípios. *Cuidado paliativo*, p. 15, 2008.

MAKLAKOV, A.; LUMMAA, V. Evolution of sex differences in lifespan and aging: causes and constraints. *BioEssays* 35 ed., 717 – 724p. 2013.

MARON, L. C., GUZZO, P. C., GRANDO, T. Grupos de saúde na atenção básica: experiências de enfermeiras residentes. *Revista Contexto & Saúde*, 14(27), 81-96, 2015.

MASCHIO, A. O benefício da Arte na Terceira Idade Trabalha de Conclusão de Curso. UNESP-Faculdade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Bauru, 2012.

MATSUMOTO. Y.D. Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e princípios- .Manual de Cuidados Paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos.-Rio de Janeiro: Diagraphic, cap. 1, 2009.

MEDEIROS, R.B. Aplicação sequencial da escala de performance paliativa em pacientes paliativos internados em um hospital geral. Florianópolis -SC, 2014.

MENEZES, C.; PERETTI, M.M.P.; MARCHORI, L.L.M.; MELO, J.J, FREITAS, E.R.F.S. Prevalência de perda auditiva e fatores associados na população idosa de Londrina, Paraná: estudo preliminar, *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília – DF 2012.

MONTEIRO. R. D.; KRUSE. L. H. M.; ALMEIDA, A.M. Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS), 2010.

MOREIRA, T.M.; PAREIRA, B.D.M.; DINIZ, M.A.; SILVA, S. Conhecimento das mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. oct/dec;14(4):803-1, 2012.

NUSSELDER, W.; LOOMAN, N.; OYEN, H. V.; ROBINE, J.M.; JAGGER, C. Gender differences in health of EU10 and EU15 populations: the double burden of EU10 men. Eur J Ageing, 7(4):219–227. 1, 2010.

OKSUZYAN, A.; BRONNUM-HANSEN, H.; JEUNE, B. Gender gap in health expectancy. Eur J Ageing 2010, 7:213–218.

OLIVEIRA, S.E.S.; HOHENDORFF, J.V.; MÜLLER, J.L.; BANDEIRA, D.R.; KOLLER S.H.; FLECK, M.P.A.; TRENTINI, C.M. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. Cad Saúde Pública 2013, 29:1437–1448.

OKSUZYAN, A.; HANSEN, B.H.; JEUNE, B. Gender gap in health expectancy." European Journal of Ageing 7.4 (2010): 213-218.

O'NEILL, L. B.; MORRISON, R. S. Palliative care: Issues specific to geriatric patients. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-specific-to-geriatric-patients?source=search_result&search=palliative+care+elderly&selectedTitle=1~150#references>. Acesso em: 29 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) ministério da saúde: direção- geral da saúde. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Chan, M. 2015.

PALIATIVOS, A.N.C. Manual de Cuidados Paliativos-ANCP. 2009.

PASQUAL KK, CARVALHAES MA, PARADA CM. *Health care for women over 50: programmatic vulnerability in the Family Health Strategy*. Rev Gaucha Enferm. 2015 Jun; 36(2):21-7.

PASKULIN, L.M.G.; BIERHALS, C.C.B.K.; VALER, D.B.; AIRES, M.; GUIMARÃES, N. V.; BROCKER, A.R.; MORAIS, E.P.D. Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. Acta paulista de enfermagem. São Paulo. Vol. 25, n. esp 1, p. 129-135, 2012.

PAULO, T.R.S.; GOMES, I.C.; SANTOS, V.R.; CHRISTOFARO, D.G.D.; CASTELLANO, S.M.; FREITAS, F. Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idosas? Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 27(4): 527-532, out./dez., 2014

PINTO, M.J.; NERI, L.A. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra, Ciência & Saúde Coletiva, 18(12):3449-3460, 2013.

PIOLLI, K.C.; MEDEIROS, M.; SALES, C.A. Significações de ser cuidadora do companheiro com câncer: um olhar existencial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 1, p. 110-117, 2016.

REGO, H.M.L. O luto da mulher de terceira idade a vivência de que ficou viúva, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos, Lisboa, 2012.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Idosos hipertensos na atenção básica em saúde: discursos e identidades. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 423-431, 2012.

R Development Core Team., *R: a language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria, 2013. Disponível em: <<http://www.R-project.org>>. Acesso em: 2015.

SALMASO, F.V.; VIGÁRIO, P.S.; MENDONÇA, L.M.C.; MADEIRA, M.; NETTO, L.V.; GUIMARÃES, M.R.M.; FARIAS, F.L.M. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014.

SANTOS, S.G.; CUNHA, O.K.C.I. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica à saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min.* v. 3, n.3, 2013.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010.

SILVA, L.W.S.; SANTOS, K.M.O. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 245-257, 2010.

SILVA, A. T .; OLIVEIRA, D. Y.; FERREIRA, S. J. L.; WONG, R.; LEBRÃO, M.L.A. Sarcopenia according to the european working group on sarcopenia in older people (EWGSOP) versus Dynapenia as a risk factor for disability in the elderly. *J Nutr Health Aging*, May; 18(5): 547-53, 2014.

SILVA, E. F. D; PANIZ, V. M. V; LASTE, G; & TORRES, I. L. D. S. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 18, n. 4 (2013), p. 1029-1040.

SILVESTRE, A.J.; NETO, C.M.M. Abordagem do idoso em programas. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SOUZA, N. M. G.; HONORATO, S. M. A.; XAVIER, A. F.; PEREIRA, F.G. F.; ATAIDE, M. B. C. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes Mellitus. *Rev. Gaúcha Enferm.*, [Porto Alegre], v. 33, n. 1, 2012.

SOUZA, P.I.; SANTOS, M.L.; SANTANA, S.V.; FEITOSA, G. A. Capacidade funcional de idosos com doença de Alzheimer e Parkinson, revisão bibliográfica, *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. Abr;4(1):78-84, 2014.

STORCHI, S. Qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão em idosas com e sem dor musculoesquelética crônica. Dissert. de Mestrado Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica, 2015.

SZWARCWALD, L. C.; MOTA, C. J.; DAMACENA, N. G.; PEREIRA, S. G. T. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. *Am J Public Health* 2011, 101(3):517–523.

TANNURE, C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil, *Rev Bras Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 5, outubro, 2010.

TRIBESS, S.; JUNIOR, V.S.J.; PETROSKI, L.E. Atividade física e aspectos sociodemográficos de mulheres idosas. *Revista Baiana de Saude Publica* v 33, n 3, Terezina PI-Brasil, 2009.

TURRA C.M.; RENTERIA, E.; GUIMARÃES, R. The Effect of Changes in Educational Composition on Adult Fe.;male Mortality in Brazil. *Res. Aging. A*;pr;38(3):283-98, 2016.

VAN, O. H.; NUSSELDER, W.; JAGGER, C.; KOLIP, P.; CAMBOIS, E.; ROBINE, J. M. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health-survival” paradox. *Int J Public Health* 2013, 58:143–155.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; MOTTA, L.B.; LIMA, K. C.; RODRIGUES, R. T.D. S.; GUERRA, A. C. L.C. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VERAS, P.R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso, *rev.ciencia & saúde*, 17, 2012.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev. bras. educ. med.* [online], Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 150-159, 2010.

VICTOR, C.; SCAMBLER, S.; BOND, J. *The Social World Of Older People: Understanding Loneliness And Social Isolation In Later Life: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life.* McGraw-Hill Education (UK), 2009.

WACHS LS, NUNES BP, SOARES MU, FACCHINI LA, THUMÉ E. *Prevalence of home care and associated factors in the Brazilian elderly population.* *Cad Saude Publica.* 2016.

YANG, Y.C.; BOEN, C.; GERKEN, K.; LI, T.; SCHORPP, K.; HARRIS, K.M. Social relationships and physiological determinants of across the human life span. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2016.

YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E. (Ed.). *Oxford American handbook of hospice and palliative medicine.* Oxford University Press, 2011.

ZUNZUNEGUI, M. V.; ALVARADO, E. B.; BÉLAND, F.; VISSANDJEE, B. Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med*, 68:235–242, 2009.

ZUNZUNEGUI, M. V.; ALVARADO, B.E.; GUERRA, R.; GÓMEZ, J.F.; YLLI, A.; GURALNIK, J.M.; IMIAS RESEARCH GROUP. The mobility gap between older men and women: the embodiment of gender. *Arch Gerontol Geriatr*, 2015.

8. ANEXOS

ANEXO 1



LOCAL/EQUIPE: _____

I. CARACTERIZAÇÃO

1.1) NOME (NOME):

1.2) IDADE (IDADE): _____

1.3) GRAU DE ESCOLARIDADE (ESCOL)

1() sem instrução 2() < 1 ano de instrução 3() 1- 4 anos de anos de instrução

4() 5 ou mais anos de instrução

1.4) ESTADO CIVIL (ESTCIV):

1() casado 2() Viúvo 3() Separado 4() Amasiado 5() Solteiro
6() outro (OUTROESTCIV) _____

1.5) NÚMERO DE MORADORES NO DOMICILIO (NUMDOM):

1.6) RELIGIÃO (RELIGIAO):

1() ateu 2() católica 3() evangélica 4() espírita 5()
outra(OUTROREL) _____

1.7) CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTO-REFERIDA (CONDSAUDE)

1() alcoolismo 2() diabetes 3() hipertensão 4() câncer 5() depressão

6() parkinson 7() outros(OUTRACONDS) Justifique: _____

1.8) Faz uso de medicamentos contínuos?

() sim () não

Quais? _____

II. SUPORTE SOCIAL

2.1) PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS (GRCOMU) 1() SIM 2() NÃO

QUAIS (QUAISG): 1() cooperativa 2() grupo religioso 3() associação de bairro

4() grupo na UBS 5() grupo de atividade física 6() outro (OUTROGR)

2.2) COM QUEM MORA? (CQMORA):

1() companheiro 2() filhos 3() sozinho 4() outros (OUTROMORA)

2.3) QUEM PODERIA AJUDÁ-LA CASO VOCÊ FIQUE DOENTE?(AJUDA)

1() ninguém 2() filho (a) 3() nora/genro 4() cônjuge 5() irmão (a)

6() cuidador contratado 7() outros(OUTROAJU) _____

2.4) QUEM TOMARIA DECISÕES DE SAÚDE PELA SRA CASO NÃO SEJA CAPAZ DE FAZÊ-LO? (DECISÃO)

1() ninguém 2() filho (a) 3() nora/genro 4() cônjuge 5() irmão(a)

6() cuidador contratado 7() outros(OUTRODECI) _____

III. Escalas Cuidados Paliativos

3.1) ESCALA: PALLIATIVE CARE SCREENING TOOL 8

Critério número 1

Doenças de base – Dois pontos para cada subitem:

1. Câncer – metástase ou recidivas
2. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada –repetidas exacerbações
3. Sequela de acidente vascular cerebral (AVC) – decréscimo defunção motora \geq 50%
4. Insuficiência renal grave – clearance de creatinina $<$ 10 ml/min
5. Doença cardíaca grave – insuficiência cardíaca congestiva(ICC) com fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo $FE < 25\%$, miocardiopatia e insuficiência coronariana significativa
6. Outras doenças limitantes à vida do paciente

Critério número 2

Doenças associadas – um ponto para cada subitem:

Doença hepática

Doença renal moderada – clearance de creatinina $<$ 60 ml/min

DPOC moderada – quadro clínico estável

ICC moderada – quadro clínico estável

Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto

Critério número 3

Condição funcional do paciente – Esse critério avalia o grau de dependência do paciente, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas.

Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou ao cadeirante)

Critério número 4

Condições pessoais do paciente – um ponto para cada subitem:

7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas
8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência
9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base
10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico

A soma dos subitens justificará a indicação ou não de cuidados paliativos:

Até dois pontos – sem indicação de cuidados

Até três pontos – observação clínica
Maior ou igual a quatro pontos – considerar cuidados paliativos

3.4) PROXIMIDADE DO C.P

4.1) PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença	Significativa Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão

	deitado				
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	--	--	--	--

(Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care, v. 9, n. 4, p. 2-32. Tradução livre de Maria

Goretti Maciel/Ricardo Tavares de Carvalho.)

3.5) Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)	
Avaliação de sintomas:	
Paciente:	Registro:
Preenchido por: _____	Data:
Por favor, circule o nº que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas).	
Sem dor 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior dor possível	
Sem cansaço 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior cansaço possível	
Sem náusea 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior náusea possível	
Sem depressão 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior depressão possível	
Sem ansiedade 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior ansiedade possível	
Sem sonolência 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior sonolência possível	
Muito bom apetite 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior apetite possível	
Sem falta de ar 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 – 10 Pior falta de ar possível	
Melhor sensação de bem-estar possível 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6– 7– 8 – 9 –	

10 Pior sensação de bem-estar possível

Outro problema 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Qual:
--

Fonte: Regional PalliativeCareProgram, Capital Health, Edmonton, Alberta, 2003. Traduzido e adaptado ao português por Neto, IG. 2000.

ANEXO 2 DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá/PR, 30 / julho / 2014.

Ilma Sr.^a Prof.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)
UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Ivanil Correia da Silva portadora do CPF: 453443459-68 declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado “Caracterização do atendimento de cuidados paliativos oferecido pelas unidades básicas de saúde do município de Maringá-Pr à população idosa feminina com disfunção funcional”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Marcelo Picinin Bernuci e Janaina Luiza Santos (Orientador e coorientador) que as unidades básicas de saúde, serão visitado e coletado dado conforme Resolução CNS/MS 466/12, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 10 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados aos locais por meio de Relatório ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Assinatura do responsável

Nome completo, por extenso, CPF ou CR.

Carimbo ou marca d'água do Diretor ou responsável pela CECAPS

ANEXO 3

OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA A COORDENAÇÃO DO CEP

Maringá, 26 de Julho de 2014

Ilma Sr.^a Prof.^a Dr.^a Nilce Marzollalderiha*Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)*

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Senhora Coordenadora,

Encaminhamos a V. Sa. o projeto de pesquisa intitulado “Caracterização do atendimento de cuidados paliativos oferecido pelas unidades básicas de saúde do município de Maringá-Pr a população idosa com disfunção funcional” sobre a minha responsabilidade, solicitando deste comitê a apreciação ética do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpo do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa, conforme a resolução 196/96 CNS-MS e, que a partir da submissão do projeto ao CEP, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Declaro que a coleta dos dados não foi iniciada, aguardando o parecer deste CEP para iniciar a pesquisa;
- (c) Estou ciente que devo acompanhar a tramitação do meu protocolo de pesquisa, por minha própria conta, junto à Plataforma Brasil;
- (d) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (e) Estou ciente de que os relatores, a coordenação do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atentamente,

Prof. Dr. Marcelo PicininBernuci

Prof.^a. Dr.^a. Janaina Luiza Santos

ANEXO 4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisadora: Ivanil Correia da Silva

Sou aluna do curso de mestrado em promoção da saúde do centro universitário cesumar UNICESUMAR de Maringá-Pr e responsável por esta pesquisa, sob a orientação do Professor Drº Marcelo Picinin Bernuci e a Professora Drª Janaina Luiza Santos. Sendo assim, convido você a participar deste estudo, que tem como objetivo conhecer o perfil da população de mulheres idosas com disfunção funcional e assinalar a elegibilidade do cuidado paliativo nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Maringá-Pr. Esta pesquisa será feita nas unidades básicas de saúde do Município, será aplicado um questionário semiestruturado durante a visita domiciliar onde serão esclarecidos os objetivos e relevância da mesma. A partir desse conhecimento produzido, poderemos confirmar ou refutar a escassez dos cuidados paliativos as mulheres idosas com disfunção funcional. Para isto estamos solicitando sua colaboração. Para participar desse estudo você deve estar ciente de que:

- 1) Sua participação é voluntária e importante. Mas sua recusa não trará qualquer prejuízo.
- 2) Você não será identificado no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido.
- 3) As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente, em trabalhos científicos e publicações em periódicos.
- 4) Para participar você deve responder um questionário.
- 5) Caso aceite, responderá o questionário, abordando sobre questões de sua vida pessoal, profissional.
- 6) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo.
- 7) Você é livre para desistir da pesquisa a qualquer momento. Caso não se sinta à vontade com alguma questão, poderá deixar de respondê-la, sem prejuízo.
- 8) Caso queira entrar em contato, você pode me encontrar em horário comercial, pelo telefone (44) 9914-9083 (Ivanil) ou no endereço Av. Guedner1610,Jardim Aclimação Maringá – PR (44) 3027-6360 ramal 1378 (Profº Marcelo), (44) 3027-6360 ramal 1380 (Profª. Janaina).

Após ter tomado conhecimento destes fatos aceitando participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo

Maringá Pr., ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador-responsável: _____

ANEXO 5

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre os dados pessoais de indivíduo oriundos, julgamentos expressos em questionários e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos das Unidades Básicas de Saúde de Maringá-Pr, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado “Caracterização do atendimento de cuidados paliativos oferecido pelas unidades básicas de saúde do município de Maringá-Pr à população idosa feminina com disfunção funcional” de autoria de Marcelo PicininBernuci (orientador) e Janaína Luiza Santos (co-orientadora), Ivanil Correia da Silva, discente do curso de mestrado em promoção da saúde do Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR) será preservada a privacidade e a privacidade e a confidencialidade de tais dados dos seus sujeitos. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestígio das envolvidas, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Maringá/PR – 30/Julho/2014

ProfºDrº Marcelo PicininBernuci

ProfªDrª Janaina Luiza Santos

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)
Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR
Bloco 10
Av. Guedner, 1610
CEP 87.050-900
Maringá – Paraná