

PERFIL DE IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA ENCAMINHADOS AOS CUIDADOS PALIATIVOS: O IMPACTO DA FRAGILIDADE

PROFILE OF OLDER ADULTS WITH HEART FAILURE REFERRED TO PALLIATIVE CARE: THE IMPACT OF FRAILTY

DOI: 10.16891/2317-434X.v13.e3.a2025.id2422

Recebido em: 22.10.2024 | Aceito em: 01.07.2025

**Lana Fabíola Ianoni^a, Yngrid Ferreira Dieguez^b, Francisco Luciano Pontes Júnior^{a,c*},
Felício Savioli Neto^a**

**Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Setor de Cardiogeriatría – IDPC, São Paulo – SP, Brasil^a
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP, São Paulo – SP, Brasil^b
Universidade de São Paulo – USP, São Paulo – SP, Brasil^c
*E-mail: lucianopontes@usp.br**

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam mais de 60% das mortes em todo mundo. Entre tais doenças, a insuficiência cardíaca (IC) está entre as maiores causas de morbimortalidade em idosos. Além disso, existe uma via bidirecional entre fragilidade, que é caracterizada pela redução das reservas fisiológicas e que limita a capacidade de reagir a agente estressores, e IC. Foi objetivo avaliar o perfil dos pacientes idosos com IC encaminhados aos cuidados paliativos. Foram analisados 54 prontuários de idosos do Dante Pazzanese de Cardiologia. Para avaliar a funcionalidade foi aplicada Palliative Performance Scale (PPS) e Katz; A fragilidade foi determinada pela escala FRAIL e a taxa de sobrevivência foi determinada pelo índice de comorbidades de Charlson. O perfil do paciente com IC que foi encaminhado aos cuidados paliativos neste estudo, foi composta em sua maioria de mulheres (61%), com idade média de 85,7±7 anos, polimedicadas (92%), que necessitaram de hospitalizações por descompensação de IC pelo menos uma vez no último ano (57,4%), com moderado a alto grau de dependência para atividades básicas da vida diária (55,5%), multicomórbidas (85% com pelo menos 5 doenças pelo índice de comorbidade de Charlson), marcadamente frágeis (94,4%) e com elevada taxa de mortalidade (20,3%). A síndrome da fragilidade está associada a alta morbimortalidade em pacientes com IC, o que frequentemente limita a indicação de terapias avançadas em seu tratamento, inferindo a importância dessa condição no mau prognóstico da IC avançada.

Palavras-chave: Idoso; Insuficiência Cardíaca; Cuidado Paliativo.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCDs) account for more than 60% of deaths worldwide. Among these diseases, heart failure (HF) is one of the biggest causes of morbidity and mortality in older adults. Furthermore, there is a bidirectional pathway between frailty, which is characterized by a reduction in physiological reserves that limits the ability to react to stressors, and HF. To evaluate the profile of older adults with HF referred for palliative care. Methods: 54 medical records Dante Pazzanese Cardiology were analyzed. To assess functionality, the Palliative Performance Scale (PPS) and Katz were applied; Frailty was determined by the FRAIL scale and survival rate was determined by the Charlson comorbidity index score (CCI). The profile of the patient with HF who was referred to palliative care in this study was mostly composed of: women (61%), with an average age of 85,7±7 years, polymedicated (92%), who required hospitalization due to HF decompensation due to at least once in the last year (57.4%), with a moderate to high degree of dependence for basic activities of daily living (55.5%), multi-comorbid (85% with at least 5 diseases according to the Charlson comorbidity index), markedly fragile (94.4%) and with a high mortality rate (20.3%). Already established in the literature, frailty syndrome is associated with high morbidity and mortality in patients with HF, which often limits the indication of advanced therapies in their treatment. In this sample, this syndrome was observed in 94.4% of patients, inferring the importance of this condition in the poor prognosis of advanced HF.

Keywords: Older Adults; Heart Failure; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam mais de 60% das mortes em todo mundo. São patologias de etiologia múltipla, compreendendo, principalmente, doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças pulmonares e doenças cerebrovasculares, condições fortemente associadas ao envelhecimento populacional.

No período entre 2012 e 2017 notou-se aumento de 4,8 milhões de idosos na população brasileira, com projeções para o ano de 2060 indicando que 30% dos brasileiros terão idade igual ou superior a 60 anos. Não obstante, mais da metade de todas as mortes registradas no Brasil em 2019 foram relacionadas às DCNT. Entre tais doenças, as cardiopatias não agudas estão entre as maiores causas de morbimortalidade. Ao contrário do observado nos países industrializados, o número de morte por doenças cardíacas observado nos países de baixa renda tem aumentado desde o ano de 1990 (ORZECOWSKI *et al.*, 2019).

A IC afeta aproximadamente 23 milhões de pessoas no mundo, com 2 milhões de casos novos diagnosticados anualmente. No Brasil, a IC representa a causa mais frequente de internação hospitalar em pacientes acima de 60 anos de idade. Segundo o DATASUS, aproximadamente 25% dos óbitos registrados no Brasil são associados a doenças do aparelho circulatório, dos quais mais de 27 mil especificamente por IC. Além disso, estudos demonstraram que a mortalidade por IC supera aquelas observadas na maioria dos cânceres, atingindo taxas elevadas de 40% dentro de um ano após sua primeira hospitalização (CESTARI *et al.*, 2022).

O manejo da insuficiência cardíaca (IC) representa um alto custo financeiro e de recursos para as famílias, sistemas de saúde e sociedade. Projeta-se que os custos médicos diretos da IC sejam de aproximadamente US\$ 77 bilhões até 2030 em todo o mundo, um aumento de 215% em relação aos gastos atuais (SOBANSKI *et al.*, 2020).

Durante o curso da IC, os pacientes tipicamente experimentam sintomas físicos e emocionais debilitantes, perda de independência e rupturas nos papéis sociais, que degradam substancialmente a qualidade de vida. Dessa forma, é imperativa a necessidade de mais estudos em cuidados paliativos em insuficiência cardíaca no sentido

de suprir demandas não alcançadas pelo suporte médico tradicional. Como objetivos principais dos cuidados paliativos destacam-se o manejo clínico e as necessidades do paciente e dos familiares, a fim de evitar o prolongamento artificial da vida e garantir melhor tomada de decisão quando indicado terapias invasivas (SOBANSKI *et al.*, 2020).

Uma recente revisão integrativa de intervenções em cuidados paliativos sugere que uma abordagem paliativa está associada à melhora da Qualidade de Vida (QV) do paciente, redução da carga de sintomas e melhores resultados do cuidador. Ao contrário do manejo das doenças malignas, em especial as oncológicas, na IC os cuidados paliativos são frequentemente subestimados. Em pacientes com IC a ocorrência de combinado de hospitalização e morte supera 60%. Apesar dessa alta morbidade e mortalidade, a utilização de cuidados paliativos permaneceu baixa, com cerca de um terço dos pacientes com IC recebendo cuidados paliativos no momento do óbito (KIM *et al.*, 2022).

Mais de 65% dos hospitais norte-americanos possuem um programa de cuidados paliativos especializados que presta serviços a pacientes internados. Os modelos de cuidados paliativos baseados na comunidade e nos ambulatórios têm sido considerados como a "nova fronteira" no apoio aos pacientes e aos familiares (GODFREY *et al.*, 2023).

A síndrome da fragilidade, definida como uma diminuição da reserva fisiológica associada ao envelhecimento, se associam a maior vulnerabilidade a situações estressantes e seu desenvolvimento depende da complexa interação entre vários fatores, incluindo modificações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, fatores genéticos, fatores nutricionais, hormonais, modelo do estilo de vida e influência de doenças crônicas JIMÉNEZ-MENDEZ *et al.*, 2022).

A fragilidade está associada tanto à idade avançada quanto à IC. Os autores discutem a possibilidade de que a fragilidade secundária, relacionado a IC, seja uma entidade separada da fragilidade primária, associado à idade avançada, embora ambos compartilhem a propensão a um estado catabólico alimentado por inflamação, disfunção mitocondrial, estresse oxidativo e desregulações hormonais. As diferenças identificáveis entre ambas as condições são, no máximo, sutis.



Discorrer sobre cuidados paliativos e IC é um desafio, pois ainda que o tema seja sensível ao paciente e a comunidade científica, ainda são poucos os estudos específicos no tema, em especial na América Latina, onde visivelmente o cuidado paliativo ainda é embrionário. Dados da Associação Nacional de Cuidados Paliativos divulgados em fevereiro de 2021 mostram que menos de 1% da população recebe cuidados paliativos nesta região.

Desse modo, visando preencher esta lacuna científica e evidenciar a qualidade do atendimento prestado a pacientes com IC avançada dentro de um centro de referência, surge este estudo visando compreender o manejo clínico, fragilidade e indicação do paciente com IC aos cuidados paliativos.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil de pacientes idosos com IC que foram encaminhados para cuidados paliativos e determinar o impacto da síndrome da fragilidade nesta população.

METODOLOGIA

Foram revisados consecutivamente prontuários de pacientes com idade de 70 anos ou mais, com diagnóstico de IC avançada que foram encaminhados a um serviço especializado em cuidados paliativos. Trata-se de estudo observacional transversal, descritivo, analítico, documental com abordagem quantitativa, realizado no setor de Cardiogeriatrics do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2023, onde foram utilizados dados da rotina após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP-IDPC 70968923.3.0000.5462, atendendo assim os critérios éticos em pesquisa com seres humanos, de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 54 prontuários, número justificado pelo tempo estabelecido para a pesquisa.

Foram excluídos da amostra, pacientes com doença oncológica ativa, pacientes com doença psiquiátrica grave e pacientes com disfunção cognitiva grave determinado pelo Clinal Dementia Rating-CDR 2/CDR 3 (QUINN, 1999). O estudo foi conduzido analisando as seguintes variáveis no prontuário de cada paciente: gênero, idade, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), doença arterial coronariana; prevalência de comorbidades (hipertensão arterial

sistêmica, diabetes *melittus* tipo 2, acidente vascular cerebral, dislipidemia, doença renal crônica em estágio moderado a avançado, doença pulmonar obstrutiva crônica e demência em estágio 1 pelo CDR); sintomas mais prevalentes, funcionalidade, fragilidade, hospitalizações no último ano, polifarmácia e óbitos.

Avaliação da funcionalidade foram empregadas duas escalas: *Palliative Performance Scale* (PPS) (ANDERSON *et al.*, 1996), que permite estabelecer um prognóstico e avaliar a funcionalidade do paciente. Essa escala analisa cinco parâmetros: mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência e atribui valores de 0% a 100%, sendo que 0% significa a morte, 100% que o doente não possui alteração funcional. A escala PPS avalia cuidados paliativos se o paciente apresenta escore menor do que 40%. A escala KATZ avalia as atividades básicas da vida diária hierarquicamente relacionadas, sendo organizada para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência urinária e fecal e alimentar-se (KATZ *et al.*, 1963).

A fragilidade foi avaliada pela aplicação da escala FRAIL, que utiliza 5 critérios de avaliação: Sentir-se cansado, Incapacidade de subir um lance de escadas, incapacidade de caminhar um quarteirão, ter mais de cinco doenças e perda de peso de mais do que 5% no último ano (MORLEY *et al.*, 2013).

O índice de comorbidades foi determinado de acordo com a escala de Charlson, que classifica os pacientes de acordo com condições clínicas pré-determinadas (identificadas como diagnósticos secundários) sendo também validado para verificar a mortalidade em diferentes grupos de pacientes. Este método de avaliação tem como objetivo principal estabelecer a taxa de sobrevida nos próximos 10 anos de acordo com a gravidade da carga comórbida que ele apresenta (CHARLSON *et al.*, 1987).

Foi realizada análise descritiva e quantitativa dos resultados dos prontuários. Para gerenciamento do banco de dados foi utilizado o programa Excel da Microsoft Office, e para execução dos cálculos estatísticos e a elaboração dos gráficos foram utilizados os programas Graph Pad Prism (California Corporation, CA, EUA). As variáveis categóricas foram apresentadas como números absolutos e relativos, e as variáveis contínuas apresentadas

como média e desvio-padrão ou mediana e valores máximos e mínimos, conforme a normalidade da distribuição da amostra avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. A comparação de Score de Charlson entre os pacientes que apresentaram insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada ($FE \geq 50$) e fração de ejeção reduzida ($FE < 50$) foi realizada por método estatístico de Mann Whitney. O nível de significância considerado foi de 5%.

Descrevo os limitantes deste estudo, possibilidade de amostra enviesada por ter sido observada em um centro de referência em cardiologia onde obviamente a prevalência de pacientes com IC é maior e o estudo ter se limitado a análise de prontuário, sem maior aprofundamento dos dados extraídos.

RESULTADOS

Foram selecionados 54 prontuários, todos incluídos na casuística do estudo, o que representou 100% do universo amostral referente à população pesquisada. Dentre o universo amostral 61% eram do sexo feminino,

média de idade de 85,6 anos (± 7). Quanto ao tipo de IC, 27 pacientes apresentavam insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo $< 50\%$ (ICFER), (média FEVE 28%) e 27 pacientes insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo $\geq 50\%$ (ICFEP), (média FEVE 56%). Quanto a prevalência de comorbidades, a Hipertensão Arterial Sistêmica estava presente em quase 90% da amostra, dislipidemia 73%, Doença Renal Crônica estágio de moderado a avançado (IIIB a V) 44%. Acidente Vascular Cerebral, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Demência (CDR1), todos abaixo de 20%.

O sintoma mais prevalente na amostra foi dispnéia, seguido de dor torácica, fadiga e tontura. Não houve diferença de sintomas no grupo ICFER em relação ao grupo ICFEP. Quanto ao grau de funcionalidade/dependência, a maioria dos pacientes apresentou de moderado a alto grau de dependência para atividades básicas de vida diária ($KATZ > 4$) e tinham desempenho paliativo (PPS) abaixo de 50%, o que significa sobrevida de 6 meses a 1 ano (Tabela 1).

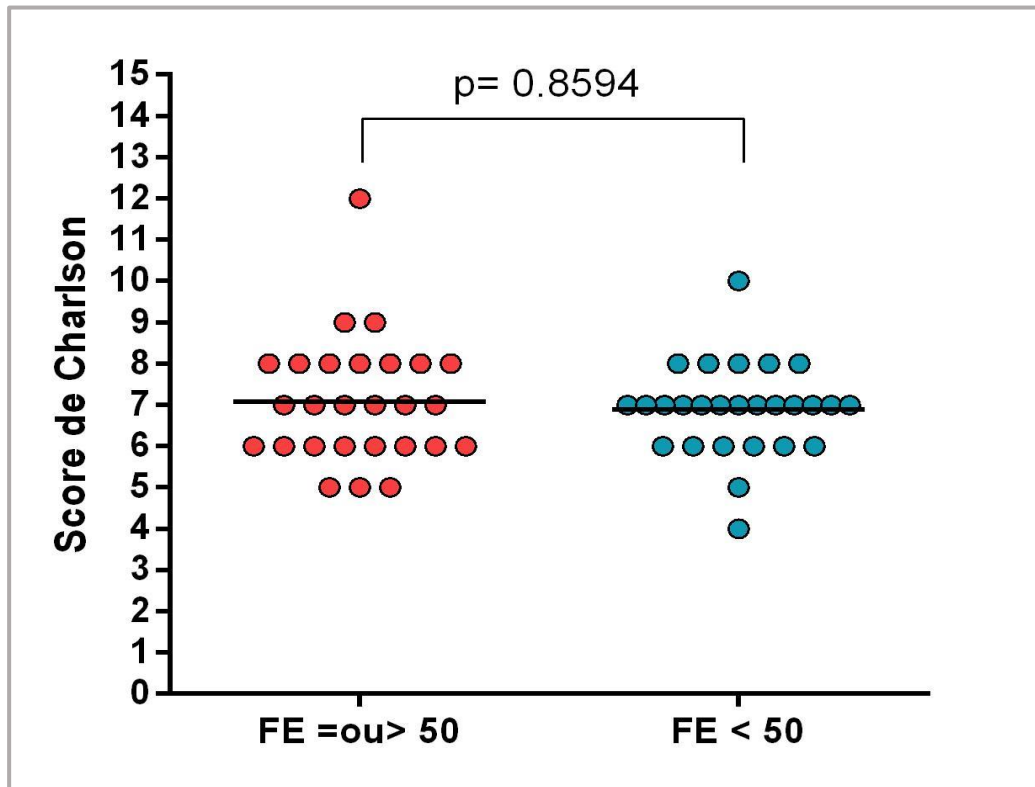
Tabela 1. Características dos pacientes de acordo com o grau de FEVE.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL (N 54)	FEVE<50% (N 27)	FEVE≥50% (N 27)
SEXO FEMININO	33(61%)	15(55,5%)	18(70,3%)
IDADE	85,6(± 7)	85,7(± 7)	86,4(± 7)
DAC	22(40,7%)	12(44,4%)	10(37%)
HAS	49(90,7%)	23(81,4%)	26(88,8%)
DM2	22(40,7%)	9(33,3%)	13(48,1%)
AVC	12(22,2%)	4(14,8%)	8(29,6%)
DLP	39(72,2%)	18(66,6%)	21 (77,7%)
DRC (ESTÁGIO IIIB-V)	24(44,5%)	14(51,8%)	10(37%)
DPOC	9(16,6%)	3(11,1%)	6(22,2%)
DEMÊNCIA CDR1	6(11,1%)	4(14,8%)	2(7,4%)
DISPNÉIA	41(75,9%)	21(77,7%)	20(74%)
ALTO GRAU DE DEPENDÊNCIA	30(55,5%)	15(55,5%)	15(55,5%)

O Score de Charlson nos grupos ICFER e ICFEP manteve-se distribuído de forma equilibrada em ambos os grupos, mantendo mediana de 7. (Gráfico 1). Sugerindo

que independente da fração de ejeção, em fase avançada, ambos congregam alto índice de morbimortalidade.

Gráfico 1. Comparação de Score de Charlson entre os pacientes que apresentaram insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (FE= ou >50) e fração de ejeção reduzida (FE<50) em pacientes com insuficiência Cardíaca encaminhados aos Cuidados Paliativos.



Tendo como referência o momento em que foram encaminhados aos cuidados paliativos, 31 pacientes (57,4%), 17 com ICFER e 14 com ICPEP, tiveram pelo menos uma internação hospitalar não programada, incluindo idas ao Pronto-Socorro. No período de 1 ano, 11 pacientes (20,3%) foram a óbito, 8 com ICFER e 3 com ICPEP. Faziam uso de pelo menos 5 medicamentos (média de 7 medicamentos) 50 pacientes (92%), 25 com ICFER e 25 com ICPEP.

A síndrome da fragilidade foi a variável de maior significância observada neste estudo, presente em 95% dos pacientes, independente da FEVE, da doença arterial coronariana e/ou da classe funcional. Inferindo que a presença de fragilidade em paciente com IC avançada pode traduzir maior comprometimento sistêmico a ponto de limitar terapias invasivas e marcar fase avançada da doença (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos pacientes de acordo com o grau de FEVE.

CARACTERÍSTICAS	TOTAL (N 54)	FEVE<50% (N 27)	FEVE≥50% (N 27)
FRAGILIDADE	51(94,4%)	25(92,5%)	26(96,2%)
HOSPITALIZAÇÕES	31(57,4%)	17(62,2%)	14(51,8%)
POLIFARMÁCIA	50(92%)	25(92,5%)	25(92,5%)
ÓBITOS	11(20,3%)	8(29,4%)	3(11,1%)

DISCUSSÃO

Dentro do perfil epidemiológico observado nesta amostra, a idade média dos pacientes foi de 85,6 anos (± 7 anos), sendo 61% do sexo feminino. Não houve destaque para ICFER ou ICFEP, inferindo que a variação da FEVE não esteve relacionada com pior ou melhor prognóstico. Ambos evoluíram com prognóstico desfavorável, levando ao óbito, 20% dos pacientes no período da pesquisa. Essa evolução, ao longo do tempo, sustentando a gravidade e a letalidade da IC, marcam e reforçam os dados encontrados dentro do perfil epidemiológico neste estudo, não diferente do observado a nível nacional e mundial. O que implica maior atenção no manejo deste paciente desde o seu diagnóstico. (BOZKURT; COATS; TSUTSUI, 2021).

A literatura estabelece que a síndrome da fragilidade está associada à alta morbimortalidade em pacientes com IC, o que frequentemente limita a indicação de terapias avançadas no tratamento de IC (JAMES *et al.*, 2024). No nosso estudo a síndrome da fragilidade foi observada em 95% dos pacientes, inferindo a importância dessa condição no mau prognóstico da IC avançada.

A alta prevalência de HAS, DM2, DLP e DRC no grupo pesquisado neste estudo, reforça a etiologia da IC e o quanto tais condições impactam a longo prazo em doenças cardíacas. A sintomatologia referida por pacientes com IC podem ser causados pela própria doença (por exemplo, falta de ar, fadiga e fraqueza), pelas comorbidades (por exemplo, dor musculoesquelética) e pelo estado geral dos pacientes ou pelo próprio tratamento, como, náusea, constipação, depressão, ansiedade, problemas de sono, confusão e delirium (SOBANSKI *et al.*, 2020).

Os sintomas que persistem apesar do tratamento cardiológico otimizado devem estimular o envolvimento do CP. Esses sintomas devem ser tratados com a mesma intensidade dada a melhora da função cardíaca. Isto é particularmente pertinente em doenças avançadas. Vários sintomas que causam sofrimento substancial (por exemplo, depressão, fadiga, cansaço e falta de apetite) podem ser considerados sem importância dada a gravidade da IC e, como resultado, podem não ser abordados (JAMES *et al.*, 2024).

A falta de ar é relatada por quase 90% das pessoas com IC avançada e geralmente está presente com esforço mínimo ou em repouso, limitando substancialmente a

qualidade de vida dos pacientes e as atividades diárias, como tomar banho ou vestir-se. No presente estudo, esse sintoma foi observado em 72% dos pacientes. Queixas menos frequentes incluem dor torácica, fadiga e tontura. Não houve diferença de sintomas no grupo ICFER em relação ao grupo ICFEP.

Na IC avançada, muitas vezes, a dispnéia não tem como etiologia apenas o desbalanço hídrico-hemodinâmico, mas também um caráter psicoemocional como resposta à dor total do paciente, que abrange a influência de fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais, bem como seus efeitos na qualidade de vida. Nesse contexto, a abordagem do paliativista vai além do manejo técnico como restrição hídrica e terapêutica com diurético, envolve também o manejo de sintomas depressivos, analgesia em escada, manejo de distúrbios do sono e psicoterapia; ações que impactam positivamente na qualidade de vida do paciente em fase avançada da doença (CRISPIM *et al.*, 2022).

Embora sociedades acadêmicas relevantes, como o American College of Cardiology e a European Society of Cardiology recomendem a adequação e os potenciais benefícios dos CP para pacientes com IC, tal encaminhamento não é frequente ou ocorre muito tarde em comparação com pacientes com câncer ou outras doenças crônicas (KIM *et al.*, 2022; KO *et al.*, 2023).

As razões incluem a falta de educação e formação dos profissionais de saúde e do público em geral, a falta de um conceito de responsabilidade partilhada, a comunicação ineficiente, a falta de apoio comunitário e a dificuldade em prever o prognóstico.

Nossos achados mostram que, os 20% que foram a óbito no período da pesquisa, receberam encaminhamento para especialista em cuidados paliativo, em média 1 ano antes do desfecho em alguns casos, meses antes. Corroborando com o que foi encontrado em estudos anteriores (KIM *et al.*, 2022; SOBANSKI *et al.*, 2020).

O surgimento do médico paliativista somente meses antes do óbito não é tido como uma estratégia positiva. Pacientes e familiares tendem a ter uma percepção distorcida dessa modalidade de cuidado, acreditando que “não há mais nada a ser feito”, pacientes passam a apresentar mais sintomas depressivos, fadiga e inquietação por não compreender a que se propõem o seu cuidado de saúde nesta fase. Além disso, há prejuízo na montagem de um plano de cuidados adequados e diretivas

antecipadas de vontade, implicando em distanásia e luto patológico.

As diretrizes atuais do tratamento farmacológico da IC recomendam o emprego de diferentes classes terapêuticas impactantes na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes (BOZKURT; COATS; TSUTSUI, 2021). Assim, a prática da polifarmácia torna-se inevitável no manejo da IC avançada. Neste estudo 92% dos pacientes estavam em Polifarmácia, recebendo em média 7 medicamentos, sobretudo para tratamento da IC; porém de forma adequada e com acompanhamento regular com cardiologista em um centro de referência.

Paciente com IC avançada evoluem com perda da funcionalidade para atividades instrumentais da vida diária seguida de perda de atividades básicas da vida diária, resultando em perda de autonomia e de independência, com subsequente piora da qualidade de vida na fase avançada da doença (JAMES *et al.*, 2024). 56% dos pacientes avaliados pela escala KATZ, foram classificados como moderadamente ou totalmente dependentes para atividades básicas da vida diária e 51% se revelaram com baixa desempenho funcional, ao serem avaliados na escala PPS.

Finalmente, o Score de Charlson é composto por vinte condições clínicas selecionadas empiricamente com base no efeito sobre o prognóstico de pacientes internados num serviço de medicina geral dos Estados Unidos. Para construir um índice de comorbidade que discriminasse o prognóstico de paciente em termos da mortalidade no período de até um ano.

Pacientes que pontuem acima de 5 nesse Score tem 85% de chance de óbito no próximo ano (CHARLSON *et al.*, 1987). A presença de multimorbididades em pacientes com IC não surpreende, ainda mais quando avaliadas numa população idosa como a deste estudo, onde a do Score de Charlson foi superior 5, tanto na ICFER quanto na ICFEP, ambas com mediana de

7 pontos, pontuações frequentemente observadas nas doenças malignas.

CONCLUSÃO

Na presente amostra o perfil do paciente com IC que foi encaminhado aos cuidados paliativos, foi composta de octogenários, em sua maioria mulheres, polimedicados, que necessitaram de hospitalizações por descompensação de IC pelo menos uma vez no último ano, com moderado a alto grau de dependência para atividades básicas da vida diária, multicomórbidas, marcadamente frágeis e elevada taxa de mortalidade.

A abordagem dos cuidados paliativos em pacientes idosos com IC avançada é um desafio, tanto para o cardiogeriatra, como para o médico paliativista. Ainda mais levando-se em consideração que a maior parte desses pacientes, em especial, os desse estudo, são lúcidos e compartilham de um sofrimento muito bem expressado e descrito.

O objetivo enquanto cardiogeriatra é trabalhar no sentido de reduzir a velocidade de progressão para fragilidade, mesmo cientes de que ela é a via final para o inflamado paciente com IC. E para o paliativista, o desafio já não é evitar sua progressão, mas acima de tudo, garantir conforto e um fim de vida com qualidade e dignidade: a dieta por exemplo, já não cumpre o papel de atingir metas calóricas, mas de ser a mais palatável e aceita pelo doente, garantindo-lhe o conforto em sua terminalidade.

Diante disso, reforça-se a necessidade de criação de programas e políticas públicas, bem como investimentos em pesquisas, voltadas para o cuidado paliativo dentro da IC. Implementação de educação continuada para profissionais que atuam diretamente com pacientes cardiopatas crônicos, visando o precoce reconhecimento e encaminhamento para centros de referência em cuidados paliativos, a fim de garantir um fim de vida digno e ausente de sofrimento.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, F.; DOWNING, G. M.; HILL, J.; CASORSO, L.; LERCH, N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. **Journal Palliative Care**. Spring. v. 12, n. 1, p. 5-11, 1996. PMID: 8857241.

BOZKURT, B.; COATS, A. J. S.; TSUTSUI, N. *et al.* Universal definition and classification of heart failure: a report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing

Committee of the Universal Definition of Heart Failure. **European Journal of Heart Failure**. v. 23, n. 3, p. 352-380. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2115>.

CESTARI, V. R. F.; GARCES, T. S.; SOUSA, G. J. B.; MARANHÃO, T. A.; SOUZA NETO, J. D.; PEREIRA, M. L. D.; PESSOA, V. L. M. P. *et al.* Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 118, n. 1, p. 41-45. 2022. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201325>.

CHARLSON, M. E.; POMPEI, P.; ALES, K. L.; MACKENZIE, C. R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, n. 5, p. 373-383, 1987. DOI: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).

CRISPIM, D. H.; DA SILVA I. O.; DE CARVALHO, R. T.; LEVIN, A. S. End-of-life use of antibiotics: a survey on how doctors decide. **International Journal Infectious Diseases**, v. 114, p. 219-225, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.026>.

GODFREY, S.; KIRKPATRICK, J. N.; KRAMER, D. B.; SULISTIO, M. S. Expanding the paradigm for cardiovascular palliative care. **Circulation**. v. 26, n. 148, p. 1039-1052, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.063193>.

JAMES, K.; JAMIL, Y.; KUMAR, M.; KWAK, M. J.; NANNA, M. G.; QAZI, S. Frailty and Cardiovascular Health. **Journal of American Heart Association**. v. 6, n.13 (15): e031736. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.031736>.

JIMÉNEZ-MÉNDEZ, C.; DÍEZ-VILLANUEVA, P.; BONANAD, C.; ORTIZ-CORTÉS, C.; BARGE-CABALLERO, E.; GOIRIGOLZARRI, J. En representación de los investigadores del registro FRAGIC. Frailty and prognosis of older patients with chronic heart failure. **Revista Española de Cardiología** (Engl Ed). v. 75, n. 12, p. 1011-1019. 2022. English, Spanish. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.04.016>.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**. v. 21, n. 185, p. 914-919. 1963. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>. PMID: 14044222.

KIM, C.; KIM, S.; LEE, K.; CHOI, J.; KIM, S. Palliative Care for Patients With Heart Failure: An Integrative Review. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**. v. 1, v. 24, n. 4, E151-E158. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000869>.

KO, D.; BOSTROM, J. A.; QAZI, S.; KRAMER, D. B.; KIM, D. H.; ORKABY, A. R. Frailty and Cardiovascular Mortality: A Narrative Review. **Current Cardiology Reports**. v. 25, n. 4, p. 249-259, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11886-023-01847-0>.

LIU, X.; TOU, N. X.; GAO, Q.; GWEE, X.; WEE, S. L.; NG, T. P. Frailty and risk of cardiovascular disease and mortality. **PLoS ONE**. v. 17, n. 9, e0272527, 2022 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272527>.

MORLEY, J. E.; VELLAS, B.; VAN KAN, G. A.; ANKER, S. D.; BAUER, J. M.; BERNABEI, R. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Association**. 2013 v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>.

ORZECOWSKI, R.; GALVÃO, A. L.; NUNES, T. da S.; CAMPOS, L. S. Palliative care need in patients with advanced heart failure hospitalized in a tertiary hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 53, e03413. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015403413>.

QUINN, B. P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Primary Care Version. Prim Care Companion **Journal of Clinical Psychiatry**. v. 1, n. 2, p. 54-55, 1999. PMCID: PMC181059.

SOBANSKI, P. Z.; ALT-EPPING, B.; CURROW, D. C.; GOODLIN, S. J.; GRODZICKI, T.; HOGG, K. *et al.* Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. **Cardiovascular Research**. v. 1, n. 116, p. 12-27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvz200>. PMID: 31386104.

TALHA, K, M.; PANDEY, A.; FUDIM, M.; BUTLER, J.; ANKER, S. D.; KHAN, M. S. Frailty and heart failure: State-of-the-art review. **Journal of Cachexia Sarcopenia Muscle**. v. 14, n. 5, p. 1959-1972. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcsm.13306>. 2023.

