



PPS V2 – Versão Portuguesa (Portugal)

Escala de avaliação do desempenho do doente em Cuidados Paliativos

Nível PPS	Deambulação	Nível de actividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de ingestão alimentar	Nível de consciência
100%	Total	Actividade e trabalho normais; sem evidência de doença	Completo	Normal	Plena
90%	Total	Actividade e trabalho normais; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Plena
80%	Total	Actividade normal realizada com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Plena
70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Plena
60%	Diminuída	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> e actividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Plena ou confusão
50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Plena ou confusão
40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria das actividades; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Plena ou sonolência com ou sem confusão
30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Plena ou sonolência com ou sem confusão
20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Plena ou sonolência com ou sem confusão
10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer actividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
0 %	Morte	-	-	-	-

Instruções para o uso da PPS (ver também definição dos termos)

1. A pontuação na escala PPS é determinada pela leitura horizontal de cada nível de forma a encontrar aquele que se adequa melhor ao doente; esta corresponderá a uma percentagem.
2. Deve começar-se pela coluna da esquerda e ler na vertical até encontrar o nível de deambulação adequado ao doente. Posteriormente, deve ler-se a coluna seguinte e de cima para baixo, verificar qual o nível de actividade e doença apropriado ao caso. Estes passos devem ser repetidos ao longo das cinco colunas, antes de atribuir uma pontuação ao doente. É de salientar que as colunas da esquerda (coluna à esquerda de uma coluna específica) são determinantes mais fortes e assumem maior importância em relação às outras.

Exemplo 1: Um doente que está sentado ou deitado a maior parte do dia, devido à fadiga relacionada com a doença avançada, e necessita de apoio considerável na marcha, mesmo para pequenas distâncias, embora possa estar totalmente consciente e com bom aporte alimentar, terá uma pontuação PPS de 50%.

Exemplo 2: Um doente que tenha ficado tetraplégico, estando totalmente dependente de terceiros, teria um nível PPS de 30%. Embora possa estar numa cadeira de rodas (e assim pareça um nível PPS de 50%), a pontuação é de 30% porque estaria acamado (devido à doença ou a complicações) se não tivesse cuidadores que o ajudassem no levantar/transferência. O doente pode ter aporte alimentar e estado cognitivos normais.

Exemplo 3: No entanto, se o doente do exemplo 2 estivesse parapléxico e acamado, mas capaz de algum auto-cuidado, como alimentar-se sozinho, a pontuação PPS seria maior (40 ou 50%), dado que ele não é apoio total.

3. As pontuações PPS aumentam sempre em intervalos de 10%. Por vezes, há parâmetros facilmente identificados em determinado nível, mas um ou dois que se adequam num nível superior ou inferior. Nestes casos, há que decidir pelo nível que se adequa melhor ao doente em questão, no seu todo. Escolher um nível intermédio (exemplo PPS 45%) não é correcto. A conjugação do juízo clínico com a maior importância e relevância das colunas à esquerda é usada para decidir qual a pontuação mais adequada (no exemplo, 40% ou 50%).
4. A PPS pode ser bastante útil. Em primeiro lugar, é uma excelente ferramenta de comunicação para descrever rapidamente o actual estado funcional de um doente. Em segundo lugar, pode ser importante para avaliar a capacidade de trabalho ou outros parâmetros, e comparar posteriormente. Por fim, parece ter um valor prognóstico.

Definição dos termos da PPS

Como referido abaixo, alguns termos têm significados semelhantes. As diferenças são mais prontamente identificáveis à medida que se lê horizontalmente, em cada linha, até encontrar o perfil que melhor se adequa ao doente ao longo das cinco colunas.

1. Deambulação

Os termos «maioritariamente sentado ou deitado», «maioritariamente deitado» e «acamado» são claramente semelhantes. As pequenas diferenças relacionam-se com os parâmetros da coluna referente ao auto-cuidado. Por exemplo, «acamado» no nível PPS de 30% relaciona-se com a fadiga profunda e paralisia que impedem o doente de se auto-cuidar. A diferença entre «maioritariamente sentado ou deitado» e «maioritariamente deitado» prende-se com a proporção de tempo que o doente é capaz de estar sentado relativamente à necessidade de se deitar.

A «deambulação reduzida» pode corresponder a uma pontuação PPS de 70% ou 60%. Ao usar a coluna adjacente, a redução da deambulação pode relacionar-se com a incapacidade de realizar normalmente a sua actividade laboral, alguns hobbies ou tarefas domésticas. A pessoa continua capaz de andar e deslocar-se sozinha, mas com um nível PPS de 60% necessita de apoio pontual.

2. Nível de actividade e evidência de doença

Os termos «alguma evidência de doença», «doença significativa» e «doença extensa» referem-se a aspectos físicos e clínicos que mostram os graus de progressão da doença. Por exemplo, na neoplasia da mama, uma recidiva local implicaria «alguma evidência de doença»; uma ou duas metástases pulmonares ou ósseas «doença significativa»; e múltiplas metástases no pulmão, osso, fígado e cérebro, hipercalcemia ou outras complicações major seriam descritas como «doença extensa». A extensão também pode ser referente à progressão da doença, apesar do tratamento adequado. Usando a PPS na SIDA, «alguma evidência de doença» poderia significar a evolução de VIH para SIDA; «doença significativa» implicaria progressão com declínio físico, sintomas de novo ou de difícil controlo, ou baixas contagens linfocitárias. «Doença extensa» referir-se-ia a uma ou mais complicações sérias da infecção, independentemente da terapêutica (antirretrovirais, antibióticos, etc.).

A extensão da doença também é avaliada consoante a capacidade de manter a actividade laboral, hobbies ou outras tarefas. Por exemplo, o declínio na actividade pode significar que o doente continua a jogar golf mas reduziu de 18 para 9 buracos, ou apenas um par de 3, ou para jogo de golfe no quintal. Pessoas que gostavam de fazer caminhadas irão gradualmente reduzir a distância percorrida, embora possam continuar a tentar, por vezes até no período próximo da morte (exemplo: tentar andar pelos corredores).

3. Auto-cuidado

A necessidade de «apoio pontual» significa que, na maior parte do tempo, o doente é capaz de se levantar da cama, caminhar, lavar-se, ir à casa-de-banho e alimentar-se pelos seus próprios meios, mas ocasionalmente (talvez uma vez por dia ou algumas vezes por semana) necessita de assistência *minor*.

Precisar de «apoio considerável» implica que o doente necessite de ajuda várias vezes por dia, geralmente de uma pessoa, para realizar algumas das actividades acima. Por exemplo, o doente precisa de ajuda para se deslocar à casa-de-banho, mas é capaz de lavar os dentes, as mãos ou a face autonomamente. Por vezes, os alimentos poderão ter que ser cortados em pequenos pedaços, mas assim o doente é capaz de comer sozinho.

O «apoio quase completo» considera-se uma extensão de «apoio considerável». Usando o exemplo acima, o doente necessita agora também de ajuda para lavar a face, embora continue a conseguir alimentar-se com mínimo ou nenhum apoio. Estas necessidades podem variar ao longo do dia, de acordo com a fadiga sentida pelo doente.

Estar «totalmente dependente» significa que o doente é totalmente incapaz de alimentar-se, ir à casa-de-banho ou auto-cuidar-se sem ajuda. Dependendo da situação clínica, o doente pode ou não ser capaz de mastigar e deglutir os alimentos que lhe são preparados e servidos.

4. Capacidade Ingesta de alimentar

As alterações do aporte alimentar são relativamente fáceis de compreender. A «o aporte alimentar normal» refere-se aos hábitos alimentares da pessoa antes de adoecer. «o aporte alimentar reduzido» remete para qualquer diminuição em relação ao padrão normal para o doente, e é muito variável de acordo com as circunstâncias individuais. «o aporte alimentar mínimo» aplica-se a quantidades muito pequenas de alimentos, geralmente em puré ou líquidos, que não alcançam as necessidades nutricionais do doente.

5. Nível de consciência

O «nível de consciência plena» implica ausência de alteração do estado de alerta e orientação, com boa função cognitiva nos vários campos (pensamento, memória, etc.). «Confusão» denota a presença quer de *delirium* ou demência e é um nível diminuído de consciência. Pode ser ligeira, moderada ou grave, com várias etiologias possíveis. O termo «sonolência» inclui fadiga, efeitos secundários de fármacos, *delirium* ou proximidade da morte; por vezes é incluída no termo estupor. Neste contexto, «coma» é a ausência de resposta a estímulos verbais ou físicos; alguns reflexos podem ou não estar presentes. A profundidade do coma pode flutuar ao longo das 24h do dia.

Aviso de Direitos Autorais

We would like to thank Dr. Manuel Luís Capelas, PhD, for his translation.

A ferramenta Palliative Performance Scale versão 2 (PPSv2) tem direitos de autor pela Sociedade Victoria Hospice e substitui a primeira PPS publicada em 1996 [*J Pall Care* 9(4): 26-32]. Não pode ser alterado ou usado de qualquer forma para além da que está destinada e descrita aqui. O PPSv2 pode ser utilizado em projectos com a devida autorização. Disponível em formato PDF eletrónico sob pedido usando o link <https://victoriahospice.org/reprint-and-use-information/>

A correspondência deve ser enviada para *Director of Education and Research, Victoria Hospice Society, 1900 Fort St, Victoria, BC, V8R 1J8, Canada*