

Rafael Barone de Medeiros

**APLICAÇÃO SEQUENCIAL DA ESCALA DE PERFORMANCE  
PALIATIVA EM PACIENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM  
UM HOSPITAL GERAL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestra do Profissionalizante em Cuidados Intensivos e Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Orientadora: Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Florianópolis – SC  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Medeiros, Rafael Barone de  
APLICAÇÃO SEQUENCIAL DA ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA  
EM PACIENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL /  
Rafael Barone de Medeiros ; orientadora, Ana Maria Nunes  
de Faria Stamm - Florianópolis, SC, 2014.  
50 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em .

Inclui referências

1. . 2. cuidados paliativos. 3. prognóstico. 4. escala  
de performance paliativa. 5. fim de vida. I. Stamm, Ana  
Maria Nunes de Faria. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III. Título.

Rafael Barone de Medeiros

**APLICAÇÃO SEQUENCIAL DA ESCALA DE PERFORMANCE  
PALIATIVA EM PACIENTES PALIATIVOS INTERNADOS EM  
UM HOSPITAL GERAL**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título  
de: **mestre profissional em cuidados intensivos e paliativos.**

Florianópolis, 14 de Fevereiro de 2014.

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rachel Duarte Moritz  
Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e  
Paliativos

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Nunes de Faria Stamm  
Orientadora  
UFSC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rachel Duarte Moritz  
UFSC

---

Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira  
UFSC

---

Prof. Dr. Fernando Osni Machado  
UFSC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lara Patricia Kretzer  
UFSC



Este trabalho é dedicado aos meus pais e irmãos. A minha esposa e amiga Tamara pela paciência nos momentos ausentes, ao meu filho Bernardo que nasceu e se desenvolveu junto com a pesquisa, e a minha princesa Betina que resolveu vir ao mundo antes do tempo para prestigiar o papai nesta conquista.



## **AGRADECIMENTOS**

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Nunes de Faria Stamm por dividir seu tempo e conhecimento teórico e atuando de corpo e alma no projeto e por compartilhar experiências que me ajudaram a superar dificuldades. A Dr<sup>ª</sup>. Rachel Duarte Moritz e Dr<sup>ª</sup>. Lara Patrícia Kretzer pelos ensinamentos em Medicina Paliativa. A equipe multiprofissional do Hospital Universitário que contribuiu com o bem estar dos participantes. Aos pacientes e familiares que dividiram suas angústias e me ensinaram o sentido da vida.





## RESUMO

O entendimento sobre Cuidados Paliativos é uma necessidade crescente na área da saúde, pois a maioria dos pacientes que internam em hospitais gerais apresentam doenças crônico-degenerativas, muitas vezes terminais. A Escala de Performance Paliativa (PPS) é uma ferramenta amplamente utilizada nas situações de elegibilidade para esse fim, por ser um instrumento validado que permite a avaliação da funcionalidade e a compreensão da trajetória da doença de base. Propôs-se determinar o perfil clínico-epidemiológico e a funcionalidade de pacientes internados sob cuidados paliativos por meio da aplicação desse instrumento. Estudo de coorte prospectivo realizado em um hospital geral de ensino, no Brasil, em 2012, após a aprovação do Comitê de Ética da instituição. Por busca proativa ou parecer, a PPS foi aplicada de forma sequencial em 31 pacientes pelo Grupo de Cuidados Paliativos (GCP), em três etapas: pré-hospitalar (1<sup>a</sup>) e intra-hospitalar (2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> etapas, respectivamente, primeira visita da equipe paliativa durante a internação, e por alta, transferência ou óbito). Foi considerado como performance funcional estável a PPS entre 70 e 100%, transicional, de 40 a 60%, e no final de vida, de 10 a 30%. A idade média dos pacientes foi de 64 ( $\pm 15$ ) anos, sendo a maioria (67%) idoso ( $\geq 60$  anos), do sexo feminino (61,3%), de cor branca (64,5%) e procedente do domicílio (67,%). O diagnóstico mais encontrado foi de neoplasia terminal (71%), e o acesso do GCP por parecer prevaleceu em relação à modalidade proativa (54,8% vs 45,2%). Na 1<sup>a</sup> etapa a PPS foi considerada estável em 48.4% dos pacientes, de transição em 45.2% e de final de vida em 6.5%. Na 2<sup>a</sup>, esses números foram respectivamente 29%, 32.3% e 38.7%, e na 3<sup>a</sup>, 25%, 22% e 19%. Dez pacientes (32.3%) morreram durante o estudo, com a mesma proporção entre aqueles com ou sem doença oncológica. O perfil clínico epidemiológico de pacientes sob cuidados paliativos predominou em idosos e em pacientes com doença neoplásica. A piora da funcionalidade durante a internação foi demonstrada pela PPS sequencial, com a inversão na proporção de pacientes da fase estável para a de fim de vida.

**Palavras-chave:** cuidados paliativos, prognóstico, escala de performance paliativa, fim de vida.



## ABSTRACT

Healthcare services require better understanding of Palliative Care, considering that most inpatients in general hospitals have chronic and degenerative illnesses, sometimes at end stages. The Palliative Performance Scale (PPS) is a tool widely used for this purpose, as it is a validated tool to assess functionality and understand the course of the disease. We propose to establish the clinical and epidemiologic profile and the functional status of inpatients receiving palliative care through the application of this instrument. Study of multiple cases performed in a Brazilian general university hospital in 2012, with the approval of the institutional Committee of Ethics and Human Research. By means of proactive or second opinion consultation, the Palliative Care Group (PCG) used the PPS in 31 consecutive patients in 3 steps: prehospital (1<sup>st</sup>) and inhospital (2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> steps, respectively, first PCG visit during the hospitalization and discharge, transfer or death). PPS scores between 70-100% were considered stable functional status; 40-60% were transitional and 10-30% were considered end-stage. The mean age was 64 ( $\pm 15$ ) and most of the patients (67%) were elderly ( $\geq 60$  years), female (61.3%), white (64.5%) and coming from their homes (67%). Terminal cancer was found in most of the patients (71%), and the second consultation modality prevailed over the proactive one (54.8% vs. 45.2%). During the first step, the PPS was stable in 48.4% of the patients; transitional in 45.2%; and end-stage in 6.5%. During the second step, the scores were 29%; 32.3%; and 38.7% respectively, and during the third Step 25%, 22% and 19%. Ten of the patients died (32.3%) during the study, and no differences were observed between oncologic and no oncologic illness. The clinical epidemiologic profile of patients receiving Palliative Care has taken precedence in elderly patients with high prevalence of cancer. During the hospitalization, the worsening of the functional status was demonstrated using PPS by steps; an inversion in the ratio observed for the stable functional status compared to the end of life.

**Keywords:** palliative care, prognosis, palliative performance scale, end of life.



## **LISTA DE DIAGRAMA**

Diagrama 1 - Etapas da aplicação da Escala de Performance Paliativa (PPS) e do formulário padrão (FP).....	28
--	----



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Comparação entre a média da PPS sequencial.....	30
--	----





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Média da Escala de Performance Paliativa (PPS) entre oncológicos e não oncológicos nas três etapas.....	31
Figura 2 - Distribuição dos pacientes nas três etapas de acordo com a fase da Escala de Performance Paliativa (PPS).....	32
Figura 3 - Curva de sobrevida de Kaplan Meier estratificada pela PPS da primeira avaliação paliativista na 2 <sup>a</sup> etapa.....	33



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PPS	Escala de Performance Paliativa
GCP	Grupo de Cuidados Paliativos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
AVD	Atividades da Vida Diária
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Informado
ESAS	Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
HU	Hospital Universitário
ANOVA	Análise de Variância
Colab.	Colaboradores



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>49</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um envelhecimento progressivo da população, o qual teve como consequência o aumento no número de pacientes com câncer e doenças crônicas<sup>1</sup>. O avanço nas técnicas de diagnóstico e de tratamento propiciou o aparecimento de uma população mundial longeva, porém essa preocupação da medicina com a sobrevivência global e com a redução da mortalidade não teve o mesmo impacto na qualidade de vida e controle dos sintomas.<sup>2,3</sup>

Os pacientes com doença terminal se acumulam em emergências e enfermarias de hospitais terciários, recebendo assistência técnica avançada, mas são negligenciados em relação ao controle dos seus sintomas e do sofrimento familiar que acompanha o processo natural de morrer, além de serem muitas vezes submetidos a medidas intensivas desnecessárias e, paradoxalmente, sem controle adequado da dor.<sup>2,3,4</sup>

A modalidade de cuidar representada pelos Cuidados Paliativos é uma necessidade no cenário da prática médica atual, por ter como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, reduzir os seus sintomas, dar suporte aos problemas sociais e estimular a sua espiritualidade. Nesses cuidados a morte deve ser encarada como um evento natural e provável na presença de doença grave, e trabalha de forma multiprofissional a vida.<sup>3,5,6</sup>

A capacidade de alterar o curso natural das doenças faz o médico descuidar-se do impacto de seus atos sobre o bem estar do enfermo, bem como do papel do prognóstico no seu dia a dia. A dificuldade na sua elaboração leva a busca de ferramentas capazes de orientar o desfecho natural de cada enfermidade, direcionando o tratamento médico para a cura ou para o conforto.<sup>7</sup>

A Escala de Performance Paliativa (PPS) é um instrumento validado e amplamente utilizado dentro da medicina paliativa, para acompanhar a curva evolutiva da doença, trazendo subsídios para tomada de decisão, previsão de prognóstico e definição de terminalidade.<sup>8</sup>

Ela tem mostrado ser uma ferramenta para diagnosticar condições fora da perspectiva de cura, facilitando a suspensão de terapias desnecessárias e por vezes prejudiciais. A estimativa acurada do prognóstico auxilia o planejamento da conduta, e estabelece o momento apropriado de privilegiar o cuidado paliativo em detrimento do curativo, bem como identifica quando o primeiro passa a ser exclusivo.<sup>9-13</sup>

A elaboração prognóstica permite oferecer uma informação honesta ao paciente e seus familiares, para que possam projetar os

cuidados de final de vida, oferecendo a oportunidade de reorganizar e priorizar as suas questões de origem emocional, espiritual, financeira e social, e de expressar suas vontades.<sup>3,7</sup>

O estudo recente de Weng e colab. evidenciou a relação entre o número de dias sobrevividos por pacientes com câncer com a pontuação recebida na PPS ( $\leq 30\%$  - 6 dias;  $40\%$  - 19 dias;  $\geq 50\%$  - 34 dias)<sup>12</sup>. Por estabelecer essa relação com o prognóstico, recomenda-se o uso cotidiano dessa escala como elemento auxiliar na tomada de decisão.

Propôs-se um estudo prospectivo em um hospital geral de ensino, que iniciou há 2 anos curso de pós-graduação *latu-sensu* em medicina paliativa, por meio da aplicação sequencial da PPS em pacientes oncológicos e não oncológicos, internados nesta instituição e assistidos pelo Grupo de Cuidados Paliativos (GCP).



## **2 OBJETIVOS**

Determinar o perfil clínico-epidemiológico e a funcionalidade de pacientes internados sob cuidados paliativos em um hospital geral de ensino.



### 3 METODOLOGIA

Estudo de coorte prospectiva realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina (SC), durante o período de agosto a outubro de 2012. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos dessa instituição em 03 de julho de 2011 (número 1853/11), com inclusão de novos pesquisadores em 31 de outubro desse mesmo ano (número 1853/12).

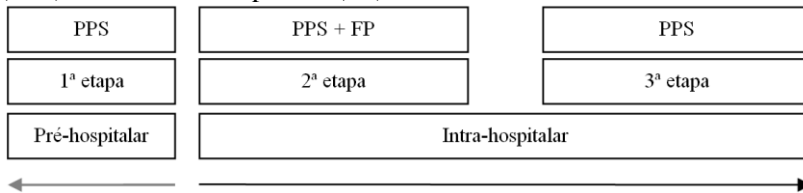
A população foi composta por trinta e um (31) pacientes maiores de 18 anos, internados nas enfermarias de clínica médica e/ou cirúrgica acompanhados pelo GCP, por solicitação de parecer pelo médico assistente e/ou por busca proativa, com diagnóstico de neoplasia sólida metastática ou inoperável, ou portadores de doença crônico-degenerativa ameaçadora da vida.

Nessa última, foram consideradas insuficiência cardíaca classe funcional IV (New York Heart Association), doença pulmonar obstrutiva crônica dependente de oxigênio, síndrome demencial com limitação para as atividades de vida diária (AVD)<sup>15</sup> e/ou desnutrição e/ou idas frequentes ao pronto socorro, cirrose hepática Child Pugh C, insuficiência renal sem indicação de hemodiálise e com depuração de creatinina < 15ml/min, acidente vascular cerebral com limitação para as AVD e síndrome da fragilidade do idoso.

Após esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo excluídos aqueles que não aceitaram participar, bem como os pacientes com neoplasia hematológica que são assistidos pela respectiva especialidade, e os pacientes em processo de morte iminente.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário padrão (apêndice A) elaborado pelo pesquisador, com dados clínicos (doença de base e comorbidades) e sócio-demográficos (idade, sexo, religião, estado civil, renda familiar, cor, escolaridade e presença de cuidador, assim como o seu grau de parentesco). A PPS<sup>3</sup> (anexo A) foi aplicada em três etapas e o formulário padrão em uma. (Diagrama 1)

Diagrama 1 - Etapas da aplicação da Escala de Performance Paliativa (PPS) e do formulário padrão (FP).



1ª etapa: 2 a 4 semanas antes da internação; 2ª etapa: Avaliação do Grupo de Cuidados Paliativos (GCP); 3ª etapa: alta, transferência ou óbito; Setas cinza: retrospectivo; Setas preta: prospectivo

A PPS possui 11 níveis, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10, não existindo valores intermediários, sendo valorizado cinco aspectos: capacidade de locomoção, atividade e evidência da doença, capacidade para o autocuidado, ingestão alimentar espontânea e nível de consciência. A leitura se faz da esquerda para a direita e, quanto mais baixo o valor, maior a intensidade dos parâmetros à direita.<sup>3-12</sup> Os participantes foram categorizados em fases estável (PPS entre 70% - 100%), transicional (40% - 60%), final da vida (10% - 30%) e óbito (zero).<sup>16</sup>

A análise descritiva foi expressa como frequência e proporção (variáveis categóricas) e média e desvio padrão (variáveis contínuas). Uma vez que a amostra mostrou-se normalmente distribuída, de acordo com o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, a análise de variância (ANOVA) foi utilizada na comparação das médias da PPS durante as diferentes etapas, seguida pelo teste “post hoc” de Bonferroni, com o objetivo de detectar relações de significância na diferença entre subgrupos. O valor de  $p < 0,05$  foi estabelecido na definição dos níveis de confiança. Para avaliar a existência de correlação entre as medidas da PPS nas etapas do estudo, comparando os pacientes oncológicos e os não oncológicos, utilizou-se a medida de associação linear de Spearman. Para análise de sobrevida intra-hospitalar foi aplicada a curva de sobrevida de Kaplan Meier,<sup>18</sup> tendo como referência a PPS da primeira avaliação efetuada pelo GCP (2ª etapa). Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 17.0.

## 4 RESULTADOS

No período de agosto a outubro de 2012 foram internados 384 pacientes nas enfermarias de clínica médica e cirúrgica do HU (Índices Hospitalares, Serviço de Prontuário do Paciente, UFSC, 2012). Desses, 32 foram selecionados pelo GCP e somente um doente recusou a sua participação. A modalidade de solicitação de parecer pelo médico assistente prevaleceu sobre a proativa (54,8% (17/31)) vs (45,2% (14/31)), e o tempo médio de internação até a avaliação paliativista (2 etapa) foi, respectivamente,  $18\pm 16$  e  $10\pm 7$  dias.

A média de idade dos pacientes estudados foi de  $64\pm 15$  anos, sendo que 67,7% (21/31) apresentavam idade igual ou superior a 60 anos. Houve predominância do sexo feminino (61,3% (19/31)), da cor branca (64,5% (20/31)) e da religião católica (67,7% (21/31)). A renda familiar de um salário mínimo foi encontrada em 38,7% (12/31)), e o primeiro grau incompleto (45,2% (14/31)) foi a escolaridade predominante.

Dentre as características gerais, a maioria da população avaliada teve como procedência o domicílio (67,0% (22/31)), e mais da metade possuía um cuidador (54,8% (17/31)), representado na maior parte dos casos pelos seus filhos (58,8% (10/17)).

Neoplasia metastática ou inoperável predominou como doença de base em 71% dos casos (22/31). Doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral, síndrome da fragilidade e outra condição ameaçadora da vida ocorreram, cada um deles, em 6,5% (2/31). Um paciente (3,2%) sofria de insuficiência cardíaca congestiva. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (51,6% (16/31)) e diabetes mellitus (35,6% (11/31)).

A amostra teve distribuição normal, de acordo com o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A análise de variância (ANOVA) na comparação entre a média da PPS durante as três etapas, seguido pelo teste “post hoc” de Bonferroni, evidenciou diferença significativa entre esses subgrupos ( $p < 0,001$ ). (vide Tabela 2)

Tabela 1 - Comparação entre a média da PPS sequencial

Etapa	Escala de Performance Paliativa (PPS)			
	Média	n	Desvio Padrão	p
1 <sup>a</sup>	66,4	31	19,9	p<0,001
2 <sup>a</sup>	48,3	31	25,8	p<0,001
3 <sup>a</sup>	37,7	31	32,6	p<0,001

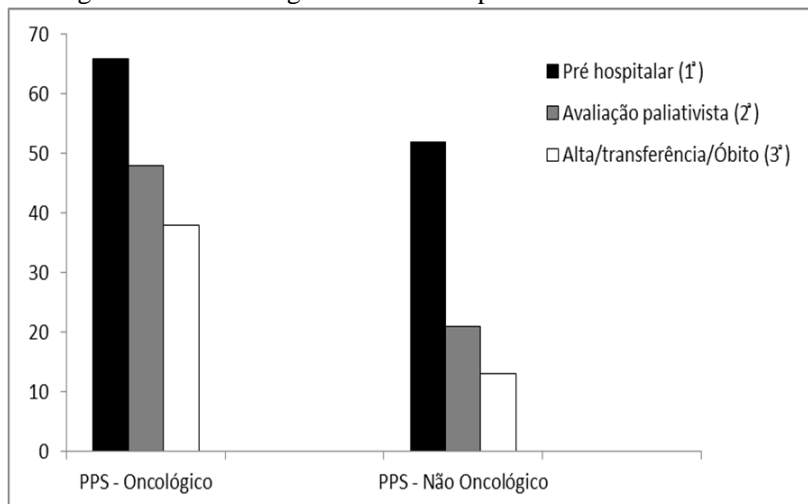
1<sup>a</sup> Etapa: Pré-hospitalar; 2<sup>a</sup> Etapa: Primeira avaliação paliativista; 3<sup>a</sup> Etapa: Avaliação durante alta, óbito ou transferência; n= número total de pacientes do estudo; p= nível de significância

Fonte: Núcleo de medicina paliativa. Hospital Universitário. UFSC, 2012.

Os pacientes oncológicos apresentaram grau de funcionalidade superior aos pacientes não oncológicos nas três etapas, mas ambos perderam função com o decorrer da avaliação. A análise de variância (ANOVA) mostrou significativa linearidade entre os grupos ( $p < 0,01$ ). (vide Figura 1)

Na aplicação da medida de correlação linear de Spearman houve uma correlação negativa entre o tempo transcorrido durante as três etapas em relação ao valor obtido da PPS, tanto para pacientes oncológicos quanto para os não oncológicos (respectivamente, Spearman  $- 0,3$  e  $- 0,7$ ;  $p < 0,01$  para ambos).

Figura 1 - Média da Escala de Performance Paliativa (PPS) entre oncológicos e não oncológicos nas três etapas

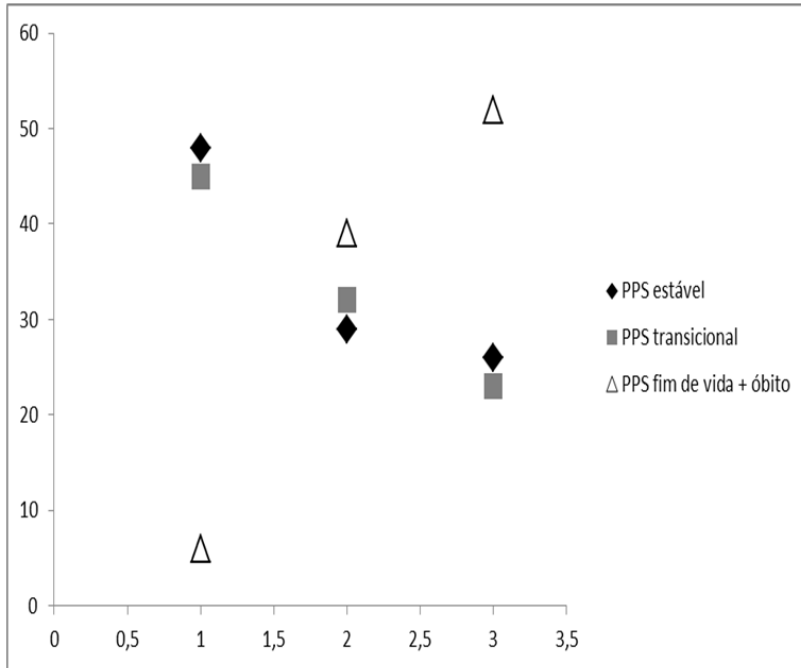


Fonte: Núcleo de medicina paliativa. Hospital Universitário. UFSC, 2012.

Na 1ª etapa (pré-hospitalar) a PPS foi estável em 48,4% (15/31) dos pacientes, de transição em 45,2% (14/31) e de final de vida, 6,5% (2/31). Na 2ª (primeira avaliação paliativista), esses números foram respectivamente 29% (9/31), 32,3% (10/31) e 38,7% (12/31) e na 3ª etapa (alta, transferência ou óbito), 25% (8/31), 22% (7/31) e 19% (6/31). Entre os pacientes que morreram durante o estudo (32,3% (10/31)), a maioria idoso (80% (8/10)), com a mesma proporção para os com ou sem doença oncológica.

Foi possível observar com a PPS sequencial uma inversão na proporção de pacientes da fase estável para a fase final de vida. (vide Figura 2)

Figura 2 - Distribuição dos pacientes nas três etapas de acordo com a fase da Escala de Performance Paliativa (PPS)



1ª Etapa: Pré-hospitalar; 2ª Etapa : Primeira avaliação paliativista; 3ª Etapa: Avaliação durante alta, óbito ou transferência

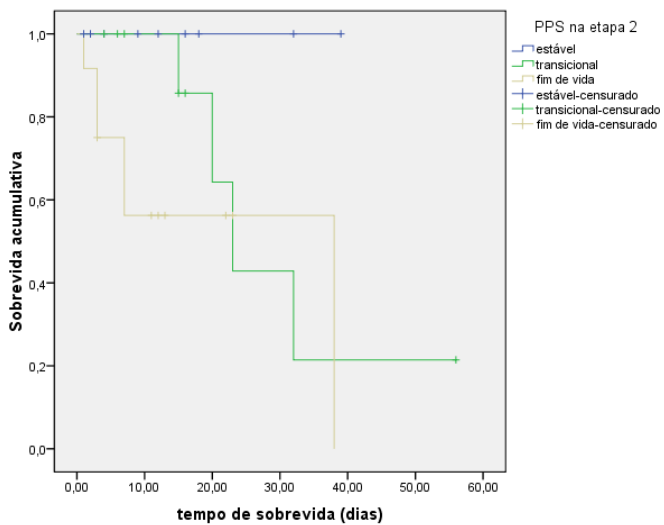
Fonte: Núcleo de medicina paliativa. Hospital Universitário. UFSC, 2012

O tempo médio de permanência hospitalar dos participantes como um todo, foi de  $30 \pm 15$  dias, e entre a admissão hospitalar e a primeira visita do GCP (2ª etapa) de  $15 \pm 13$  dias.

O tempo de sobrevida após a 1ª avaliação do GCP (2ª etapa), levando-se em consideração as fases da PPS, demonstra que aqueles em final de vida tiveram o desfecho óbito precoce quando comparado a transicional, permanecendo em equilíbrio na fase estável. (Figura 3)



Figura 3 - Curva de sobrevida de Kaplan Meier estratificada pela PPS da primeira avaliação paliativista na 2ª etapa



PPS= Escala de Performance Paliativa



## 5 DISCUSSÃO

O aumento da população com doença que ameaça a vida é uma realidade não apenas de hospitais oncológicos. A disseminação do conceito de Cuidados Paliativos e a capacitação de profissionais nessa área são duas estratégias essenciais para focar a atenção no controle de sintomas e na qualidade de vida dos enfermos e acolhimento de seus familiares.<sup>2,3,4</sup>

A tomada de decisão frente ao paciente terminal não é uma tarefa fácil, pois diversos fatores interferem na elaboração de um plano terapêutico adequado.<sup>7,19</sup> A funcionalidade de pacientes oncológicos e não oncológicos, por meio da PPS sequencial, traz subsídios para o entendimento do declínio funcional gradativo e da evolução natural da doença, além de contribuir para a construção do prognóstico.<sup>9,10,11,12,13,19,20</sup>

Chan e colab. incluíram 400 pacientes internados em um hospital geral com doença terminal para análise de sobrevida e encontraram um predomínio de doença oncológica (85%)<sup>9</sup>, que também foi observado em outro estudo realizado no Canadá em pacientes hospitalizados referenciados ao Programa de Cuidados Paliativos local (n=513; 67%)<sup>10</sup>. Esta maior proporção de pacientes oncológicos foi relatada em nossa coorte, sendo dois terços dos pacientes acometidos por câncer. O predomínio de idosos pode ser um fator para essa prevalência, o que também foi corroborado por esses autores.

A frequência de consulta proativa para a área de atuação em medicina paliativa foi semelhante ao parecer, porém, mais precoce, o que demonstra a necessidade de manter esta modalidade de atendimento, pois o tempo pode ser um fator importante para conduzir os pacientes e familiares para o conforto pleno. Como esta instituição ainda não possui uma unidade de internação exclusiva para Cuidados Paliativos, esse resultado reforça essa premissa.

A funcionalidade dos pacientes obtida nas três etapas e a sua queda linear gradativa refletem a importância da PPS sequencial no arsenal de avaliação prognóstica. Quando avaliada de acordo com a doença, observamos que os oncológicos se reportaram com funcionalidade superior em todas as etapas, e após o diagnóstico eram referenciados a centros oncológicos especializados. Aqueles com doenças crônico degenerativa apresentaram baixa performance ainda no domicílio e sua queda lenta e gradativa também é reportada em alguns estudos.<sup>26,27</sup>

Sutradhar e colab. elaboraram um grande estudo retrospectivo para determinar o incremento ou deterioração da performance status de pacientes oncológicos em acompanhamento ambulatorial. Portadores de câncer de pulmão em fase transicional da PPS apresentaram uma probabilidade de morrer ao final de um mês de 27,7% e 17,5% para câncer de mama. A média de permanência nesta mesma fase para pacientes com câncer de mama e trato gastrointestinal foram respectivamente 8,8 e 6,6 semanas, alertando para um encaminhamento oportuno para a equipe de cuidados paliativos.<sup>16</sup>

Outros autores também delinearam um estudo de coorte no qual a PPS foi determinada em quatro etapas: admissão hospitalar, 2 semanas antecedentes a internação e ao fim da primeira e da segunda semana intra-hospitalar. Observaram que a queda da funcionalidade em relação à admissão e as etapas subseqüentes, independente de se manter ou não na mesma fase, interferem de maneira negativa no prognóstico.<sup>9</sup>

Os óbitos ocorreram em igual proporção para os grupos com e sem neoplasia, com diferença importante no status funcional. Cem por cento dos não oncológicos que faleceram estavam em fase final de vida na etapa 2, o que não ocorreu com os oncológicos (80% transicional, 20% estável), refletindo a diferença que existe na elaboração prognóstica e uso da escala nas diferentes populações.<sup>20</sup>

O tempo transcorrido entre a primeira avaliação pelo GCP e óbito nas populações oncológica e não oncológica, foram, respectivamente, 7 e 18 dias, reforçando o que foi mencionado.

A avaliação funcional intra-hospitalar selecionam pacientes mais frágeis pela própria necessidade da assistência medica integral, sendo importante analisar a funcionalidade no domicilio. Utilizar de ferramentas prognósticas, conhecer bem a história natural da doença e valorizar causas reversíveis podem em muitos casos propiciar a recuperação do status funcional.<sup>3,6,7,16</sup>

O número de pacientes, o viés de memória na obtenção da PPS pré-hospitalar e a aplicação desta ferramenta em etapas, são limitações do estudo que não invalidaram a importância e o resultado da avaliação funcional sequencial. Aliar à categorização da função a evolução peculiar de cada doença permite a orientação oportuna a uma equipe de Cuidados Paliativos.

A PPS deve ser aplicada diariamente, independente da modalidade de consulta, por ser um elemento auxiliar na estimativa prognóstica e na tomada de decisão.

## **6 CONCLUSÃO**

O perfil clínico epidemiológico de pacientes sob cuidados paliativos predominou em idosos e em pacientes com doença neoplásica. A piora da funcionalidade durante a internação foi demonstrada pela PPS sequencial, com a inversão na proporção de pacientes da fase estável para a de fim de vida.



## REFERÊNCIAS

- 1- Cabrera MAS, Andrade SM, Wajngarten M. Causas de mortalidade em idoso: Estudo de seguimento de nove anos. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2007;1(1):14-20.
- 2- Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero CB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(4):422-428.
- 3- Paliativos AN de C. Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: Diagraphic;2009.
- 4- Smith AK, Schonberg MA, Fisher J, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, et al. Emergency department experiences of acutely symptomatic patients with terminal illness and their family caregivers. *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(6):972-981.
- 5- Faull C, Caestecker S, Nicholson A, Black F. Handbook of palliative care. 3rd edition. New Jersey: Wiley-Blackwell;2012.
- 6- Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, Gunten CV. Textbook of Palliative Medicine. 1st ed. London: Hodder Arnold; 2006.
- 7- Tavares FAG. Acuidade prognóstica em fim de vida - valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
- 8- Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the palliative performance scale. *BMC Palliative Care.* 2008; 7:10.
- 9- Chan E-Y, Wu H-Y, Chan Y-H. Revisiting the palliative performance scale: Change in scores during disease trajectory predicts survival. *Palliat Med.* 2012;27(4):367-74.
- 10- Lau F, Maida V, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C. Use of the palliative performance scale (PPS) for end of life prognostication in a palliative medicine consultation service. *J Pain Sympt Manage.* 2009;37(6):965-72.

- 11- Zamora MÁ, Plana MN, Zamora J, Cano LR, Millas IC, Álvaro AD. Supervivencia, según la palliative performance scale, de pacientes oncológicos trasladados a unidades de cuidados paliativos de media estancia por um equipo de soporte hospitalário. *Med Paliat*. 2012.<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.004>.
- 12- Weng LC, Huang HL, Wilkie DJ, Hoenig NA, Suarez ML, Marschke M, et al. Predicting survival with the Palliative Performance Scale in a minority-serving hospice and palliative care program. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(4):642-8.
- 13- Lau F. et al. Using the Palliative Performance Scale to Provide Meaningful Survival Estimates. *J Pain Sympt Manage*. 2009;37(6):134-44.
- 14- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4th ed. Porto Alegre: Bookman; 2010. p.69-89.
- 15- Freitas EV, Mohallem KL, Gamarski R, Pereira SRM. Manual Prático de Geriatria. Rio de Janeiro: Gen; 2012. p.1-12.
- 16- Sutradhar R, Seow H, Earle C, Dudgeon D, Atzema C, Husain A, et al. Modeling the Longitudinal Transitions of Performance Status in Cancer Outpatients: Time to Discuss Palliative Care. *J Pain Sympt Manage*. 2013; 45(4):726-34.
- 17- Bainbridge D, Seow H, Sussman J, Pond G, Martelli-Reid L, Herbert C, et al. Multidisciplinary health care professionals perceptions of the use and utility of a symptom assessment system for oncology patients. *J oncol pract*. 2011;7(1):19-23.
18. Botelho F, Silva C, Cruz F. Epidemiologia explicada: análise de sobrevivência. [artigo de revisão]. *Acta Urológica*. 2009;28(4):33-38.
- 19- Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *J Pain Symptom Manage*. 1992;7(2):82-86.



- 20- Harrold J, Rickerson E, Carroll JT, et al. Is the Palliative Performance Scale a useful predictor of mortality in a heterogeneous hospice population? *J Palliat Med.* 2005;8(3):503–509.
- 21- Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage.* 1999;18:2164-71.
- 22- Seow H, Barbera L, Sutradhar R, Howell D, Dudgeon D, Atzema C, et al. Trajectory of performance status and symptom score for patients with cancer during the last six months of life. *J Clin Oncol.* 2011;29(9):1151-58.
- 23- Firmino TM, Moritz RD, Kretzer LP. Avaliação do estado funcional e dos sintomas apresentados por pacientes internados na enfermaria clínica de um hospital universitário [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina, Departamento de Clínica Médica; 2005.
- 24- Paiva CE, Faria CB, Nascimento MSDA, Santos R, Scapulatempo HHLRC, Costa E, et al. Effectiveness of palliative care outpatient programme in improving cancer-related symptoms among ambulatory Brazilian patients. *Eur J Cancer Care.* 2012;21:124-130.
- 25- Bradley N, Davis Lori, Chow E. Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(2):123-131.
- 26- Glare P, Sinclair C, Downing M, Stone P, Maltoni M, Vigano A. Predicting survival in patients with advanced disease. *Eur J Cancer.* 2008;44:1146-56.



## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO PADRÃO

Ficha de coleta de dados

Data da avaliação paliativa: \_\_\_/\_\_\_/2012

Data da Internação Hospitalar: \_\_\_/\_\_\_/2012

#### # Características Sócio-demográficas #

-Nome: \_\_\_\_\_

1-Questionário numero: \_\_\_\_\_

-Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ 2-Idade: \_\_\_\_\_

1. ( )  $\geq$  60 anos 2. ( )  $<$  60 anos

3-Sexo: 1. ( ) Feminino 2. ( ) Masculino 4-Raça: 1. ( ) Branca 2. ( ) Parda 3. ( ) Negra 4. ( ) Indígena

5-Religião: 1. ( ) Católica 2. ( ) Evangélica 3. ( ) Espirita

4. ( ) Testemunha de Jeová 5. ( ) Não possui

6-Endereço: \_\_\_\_\_

7-Estado civil: 1. ( ) Casado 2. ( ) Solteiro 3. ( ) Divorciado

4. ( ) Viúvo 5. ( ) União estável

8-Renda familiar: 1. ( )  $<$  1 2. ( ) 1 3. ( ) 2 4. ( ) 3 5. ( ) 4 6. ( ) 5 7. ( )  $>$  5

9-Escolaridade: 1. ( ) Analfabeto 2. ( ) 1º grau incompleto 3. ( ) 1º grau completo 4. ( ) 2º grau incompleto

5. ( ) 2º grau completo 6. ( ) 3º grau 7. ( ) Pós-Graduação

10- Atividade Profissional: \_\_\_\_\_

#### # Características Gerais do paciente em cuidados paliativos no HU-UFSC #

11-Registro hospitalar: \_\_\_\_\_ 12-Telefones: \_\_\_\_\_

13-Possui Cuidador: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 14- Nome do cuidador: \_\_\_\_\_

15-Parentesco do cuidador: 1. ( ) Amigo 2. ( ) Filho 3. ( ) Neto 4. ( ) Pai 5. ( ) Mãe 6. ( ) Irmão/Irmã 7. ( ) Conjugue

16- Amostra: 1. ( ) pró ativa 2. ( ) parecer

17- Local da internação:

1.1 ( ) CM1 1.2 ( ) CM2 1.3 ( ) CM3 1.4 ( ) CC1 1.5 ( ) CC2

**- Indicação de Cuidados Paliativos segundo sua doença de base:  
(diagnóstico de inclusão)**

<b>Câncer</b>	Qualquer paciente com câncer metastático ou inoperável
<b>Doenças cardíacas</b>	Sintomas de ICC durante o repouso
	FE < 20%
	Uma nova disritmia
	Ataque cardíaco, síncope ou AVC
	Idas frequentes ao PS devido aos sintomas
<b>Doenças pulmonares</b>	Dispneia durante o repouso
	Sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca direita
	Saturação de O <sub>2</sub> < 88%
	pCO <sub>2</sub> > 50
	Perda de peso não intencional
<b>Demência</b>	Incapacidade para andar
	Incontinência
	Menos de seis palavras inteligíveis
	Albumina < 2,5 ou menor ingestão por via oral
	Idas frequentes ao OS
<b>Doenças hepáticas</b>	TP > 5 s
	Albumina < 2,5

	Ascite refratária
	Peritonite bacteriana espontânea
	Icterícia
	Desnutrição ou perda de massa muscular
<b>Doenças renais</b>	Não candidato à diálise
	Depuração da creatinina < 15 ml/min
	Creatinina sérica > 6
<b>Síndrome da fragilidade</b>	Idas frequentes ao OS
	Albumina < 2,5
	Perda de peso não intencional
	Confinamento ao leito/domicílio
	Úlceras de decúbito

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: 2009.

<b>19-Diagnóstico de inclusão na pesquisa:</b>	
( ) AVE com seqüelas neurológicas;	( ) SIDA com comorbidades relacionadas;
( ) DPOC avançado;	( ) Síndromes demências;
( ) Câncer sem cura/terminal;	( ) Cardiopatia avançada (ICC, IAM);
( ) Insuficiência renal;	( ) Insuficiência Hepática/Cirrose
( ) Sd.da Fragilidade	( ) Outras situações incuráveis e em progressão

20- Descrição do diagnóstico: \_\_\_\_\_

21- Agravos Associados: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

**# Condições de agravo associados a doença de base #**

22. HAS: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

23. ICC: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

24. DM: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

25. Arritmia: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

26. Insuficiência Renal: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

27. DLP: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

28. Cirrose Hepática: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

29. ICo: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

30- AVC: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

31-HIV: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

32-Alzheimer 1 ( ) Sim 2. ( ) Não

33-DPOC. 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

34-( ) Outras: \_\_\_\_\_

**# Comparação da escala de performance paliativa em 3 momentos**

#

Vide anexo A

45- PPS 2 a 4 semanas antes da internação: \_\_\_\_\_ %

46- PPS Atual: \_\_\_\_\_ % 47- PPS alta: \_\_\_\_\_ %

**# Desfecho do paciente no curso da internação #**

47.1 ( ) Alta hospitalar com PPS: \_\_\_\_\_ % - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

47.2 ( ) Óbito - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

47.3 ( ) Transferência para outro hospital - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## ANEXO A

Quadro 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 <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
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. 26-32. Tradução livre de Maria Goretti Maciel/ Ricardo Tavares de Carvalho.

Fonte: Manual de Cuidados Paliativos - ANCP. 1st ed. Rio de Janeiro: 2009.





## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Está sendo desenvolvido, na Universidade Federal de Santa Catarina, um estudo que pretende avaliar os cuidados paliativos oferecidos aos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica do Hospital Universitário da UFSC, com objetivo de traçar um perfil dos pacientes e organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais. Este trabalho é coordenado pela professora doutora Ana Maria Stamm e desenvolvido pelo médico residente Rafael Barone de Medeiros.

Até o início do século XX, a imensa maioria das pessoas experimentava o processo de morrer em suas casas, junto aos familiares e amigos. Com o passar dos anos, houve um grande avanço científico nos campos médico-cirúrgico, farmacêutico e na tecnologia de diagnóstico e apoio. A partir de então, tornou-se cada vez mais comum vivenciar o processo de morrer dentro do hospital, longe dos entes queridos e envoltos em máquinas e procedimentos de alta tecnologia.

O impacto dessa nova realidade no processo de morrer trouxe, simultaneamente, uma reflexão sobre a nova qualidade de vida dos enfermos. Desde então, importantes contribuições sobre o tratamento para pacientes terminais vêm sendo feitos pela área de cuidados paliativos. Neles o objetivo é resgatar a dignidade do paciente respeitando a sua autonomia e evitando condutas prejudiciais.

Desta forma, os cuidados paliativos procuram oferecer um processo de morrer sem sofrimentos em princípio evitáveis. Para tanto, seria necessária a organização de uma equipe interdisciplinar, a qual se propunha a amparar o paciente, ofertando conforto o mais precocemente possível.

O presente estudo em nada interferirá no tratamento estabelecido aos pacientes durante a pesquisa. Este estudo é apenas de observação, e os dados serão guardados pelos pesquisadores e utilizados neste trabalho. A identidade dos pacientes não será divulgada. Para esclarecimentos sobre a pesquisa, ou para a desistência da mesma, pode ser feito contato com o médico residente Rafael Barone de Medeiros pelo número (48) 9696-4169 / (48) 8431-0771 / rafaelbaronemedeiros@hotmail.com

---

Dr.Rafael Barone de Medeiros – pesquisador principal

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ tendo recebido as informações  
acima e sabendo dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em  
participar deste estudo.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionado com o estudo e o tratamento a que serei submetido;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo ao tratamento recebido;
3. A segurança de que as informações a meu respeito são confidenciais;
4. Que não terei gastos financeiros com o estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.