

**Palliative Performance Scale (PPSv2)**  
***PPS PT – Versão Portuguesa/Portugal***

Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos

Sereno S, Matias D, Trindade IID, Ressurreição JID, Araújo RJCS, Fernandes SLT, Afonso TS, Capelas ML.  
PPS PT - Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos.  
Lisboa: Observatório Português dos Cuidados Paliativos; 2022.



## Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS PT – Versão Portuguesa/Portugal



Escala de Avaliação do Desempenho do Doente em Cuidados Paliativos

Nível PPS	Deambulação	Nível de atividade e evidência de doença	Autocuidado	Capacidade de Ingestão alimentar	Nível de consciência
PPS 100%	Total	Atividade e trabalho normais; sem evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 90%	Total	Atividade e trabalho normais; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Total
PPS 80%	Total	Atividade normal realizada com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 70%	Diminuída	Incapaz de executar o trabalho habitual; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Total
PPS 60%	Diminuída	Incapaz de realizar hobbies e atividades domésticas; doença significativa	Necessita de apoio pontual	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 50%	Maioritariamente sentado ou deitado	Incapaz de executar qualquer trabalho; doença extensa	Necessita de apoio considerável	Normal ou reduzida	Total ou confusão
PPS 40%	Maioritariamente deitado	Incapaz de fazer a maioria das atividades; doença extensa	Necessita de apoio quase completo	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 30%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Normal ou reduzida	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 20%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Mínima a goles	Total ou sonolência com ou sem confusão
PPS 10%	Acamado	Incapaz de fazer qualquer atividade; doença extensa	Totalmente dependente	Apenas cuidados orais	Sonolência ou coma com ou sem confusão
PPS 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 melhor se adequa 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 atividade 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 cognitivo normais.

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

3. As pontuações PPS aumentam sempre em intervalos de 10%. Por vezes, haverá parâmetros facilmente identificados num determinado nível, mas um ou dois que se adequem num nível superior ou inferior. Nestes casos, há que decidir pelo nível que melhor se adequa ao doente em questão, no seu todo. Escolher um nível intermédio (exemplo PPS 45%) não é correto. 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%).

### Aviso de Direitos Autor

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 alterada ou usada de qualquer forma para além da que está destinada e descrita aqui. A PPSv2 pode ser utilizada 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

4. A PPS pode ser bastante útil. Em primeiro lugar, é uma excelente ferramenta de comunicação para descrever rapidamente o atual 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 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 autocuidado. Por exemplo, «acamado» no nível PPS de 30% relaciona-se com a fadiga profunda e paralisia que impedem o doente de se autocuidar. 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 diminuída» pode corresponder a uma pontuação PPS de 70% ou 60%. Ao usar a coluna adjacente, a diminuição da deambulação pode relacionar-se com a incapacidade de realizar normalmente a sua atividade 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 atividade e evidência de doença

Os termos «alguma evidência de doença», «doença significativa» e «doença extensa» referem-se a aspetos 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

#### Aviso de Direitos Autor

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 alterada ou usada de qualquer forma para além da que está destinada e descrita aqui. A PPSv2 pode ser utilizada 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

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 infeção, independentemente da terapêutica (antirretrovirais, antibióticos, etc.).

A extensão da doença também é avaliada consoante a capacidade de manter a atividade laboral, ou outras tarefas. Por exemplo, o declínio na atividade pode significar que o doente continua a jogar golfe 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. Autocuidado

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 atividades 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 se alimentar, ir à casa-de-banho ou autocuidar-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.

#### Aviso de Direitos Autor

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 alterada ou usada de qualquer forma para além da que está destinada e descrita aqui. A PPSv2 pode ser utilizada 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

## 4. Capacidade de ingestão alimentar

As alterações da ingestão alimentar são relativamente fáceis de compreender. A «ingestão alimentar normal» refere-se aos hábitos alimentares da pessoa antes de adoecer. A «ingestão alimentar reduzida» remete para qualquer diminuição em relação ao padrão normal para o doente e é muito variável de acordo com as circunstâncias individuais. A «ingestão alimentar mínima» 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 total» implica a 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.

*We would like to thank Dr. Manuel Luís Capelas, PhD, Daniela Matias (Nurse, M.A. in Palliative Care) and Sílvia Carvalho Sereno (Medical Doctor, MA in Medicine, Clinical Psychology of Health, and Palliative care) for the translation and psychometric validation for the Portuguese population.*

### Aviso de Direitos Autor

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 alterada ou usada de qualquer forma para além da que está destinada e descrita aqui. A PPSv2 pode ser utilizada 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