

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE MEDICINA
INTERNATO CURRICULAR DE CLÍNICA MÉDICA

CADERNO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE IDOSO

Prof. Vitor Last Pintarelli

CURITIBA

2021

Nome: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** Fem [] Masc []

Escolaridade: Analfabeto [] 1-4 anos [] 5-8 anos [] >8 anos []	Situação conjugal Casado ou união consensual [] Desquitado/ separado judic/ [] Divorciado [] Viúvo [] Solteiro [] Separado []	Ocupação Aposentado com outra ocupação [] Aposentado sem outra ocupação [] Trabalhos domésticos [] Trabalho fora do domicílio []	Renda Aposentadoria [] Pensão [] Mesada dos filhos [] Aluguel [] Trabalho [] Outras _____
Local de residência Casa térrea [] Casa duplex [] Apartamento [] ILP [] Outros []	Residência Sozinho [] Filhos [] Outros familiares [] Empregada doméstica [] Cuidadores [] Outros []	Religião Católica [] Evangélica [] Espírita [] Budista [] Outra []	Atividades sociais Sim [] Não [] Quais? _____ _____ _____

INVENTÁRIO DE DOENÇAS PRÉVIAS E MEDICAMENTOS REFERENCIAIS

Doença(s)	Medicamento(s)	Como usa?	Tempo de uso

DIMENSÃO CLÍNICA

Visão normal [] Déficit visual [] Usa corretores []	Audição normal [] Déficit auditivo [] Usa corretores []	Continência fecal [] Incontinência fecal [] Tempo: _____ Continência urinária [] Incontinência urinária [] Tempo: _____	Sono normal [] Distúrbio do sono [] Qual? _____
Doenças cardiovasculares: Sim [] Não [] Doenças osteoarticulares: Sim [] Não []		Uso de órteses: _____ Uso de próteses: _____	
Situação vacinal: Influenza [] Pneumococo [] Tétano [] Hepatite B [] Febre amarela []	Data da última vacina para: Influenza: _____ Tétano: _____ Pneumococo: _____		Quedas nos últimos 12 meses? Sim [] Não [] Quantas? _____
Polifarmácia Sim [] Não []	Fumante [] Não fumante [] Ex-fumante [] Parou há quanto tempo? _____	Uso seguro do álcool [] Uso nocivo do álcool [] Dependência do álcool [] Não bebe [] Se parou, há quanto tempo? _____	Não faz atividade física [] Caminhadas [] Musculação [] Hidroginástica [] Outras _____ Quantas vezes/semana? _____

DIMENSÃO FUNCIONAL

Dimensão avaliada	Escores do paciente	Interpretação
ESTADO FUNCIONAL		
Equilíbrio e mobilidade		Risco baixo de quedas [] Risco aumentado de quedas []
"Teste do levantar e andar" - GUG		1. Normal [] 2. Anormalidade leve [] 3. Anormalidade média [] 4. Anormalidade moderada [] 5. Anormalidade grave []
Atividades básicas de vida diária (ABVDs)		Independente [] Dependente []
Escala de Barthel para avaliação funcional		< 20 – Dependência total [] 20 a 35 – Dependência grave [] 40 a 55 – Dependência moderada [] 60 a 95 – Dependência leve [] 100 – Independente []
Dimensão avaliada	Escores do paciente	Interpretação
Atividades instrumentais de vida diária		Independente []

(AIVDs)		Dependente []
Questionário de Pfeffer para atividades funcionais		< 6 pontos – Normal [] ≥ 6 pontos – Comprometido []
COGNIÇÃO		Normal [] Déficit []
Minixame do estado mental (MEEM)		Pontuação normal para escolaridade [] Pontuação alterada para escolaridade []
Fluência verbal (Categoria semântica)		Pontuação normal para escolaridade [] Pontuação diminuída para escolaridade []
Teste do desenho do relógio		Pontuação normal [] Comprometido []
HUMOR		Normal [] Alterado []
Escala de depressão geriátrica de Yesavage (versão 15 itens)		≤ 5 pontos – Normal [] ≥ 7 pontos – Depressão [] ≥ 11 pontos – Depressão moderada a grave []
ESTADO NUTRICIONAL		Ausência de risco nutricional [] Presença de risco nutricional []
Miniavaliação nutricional de Guigóz (MAN)		< 17 pontos – Desnutrido [] 17 a 23,5 pontos – Risco de desnutrição [] ≥ 24 pontos – Nutrido []
SUPORTE SOCIAL		Adequado [] Não adequado []
Apgar da família e dos amigos		< 3 pontos – Acentuada disfunção [] 4 – 6 pontos – Moderada disfunção [] > 6 pontos – Leve disfunção []
Cuidador		Formal [] Informal (familiar) [] Informal (amigos/outros) []
OUTRAS AVALIAÇÕES		
OBSERVAÇÕES: _____		

AVALIAÇÃO FINAL

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Independente | ☐ Baixo risco de quedas | ☐ Sem risco nutricional |
| ☐ Dependente | ☐ Alto risco de quedas | ☐ Risco nutricional |
| ☐ Idoso frágil | ☐ Déficit cognitivo | ☐ Suporte social adequado |
| ☐ Idoso não frágil | ☐ Sem déficit cognitivo | ☐ Suporte social inadequado |

Data: ____/____/____

Avaliador: _____
(Assinatura e carimbo)

AVALIAÇÃO COGNITIVA

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MINI-MENTAL, MEEM, MMSE)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)		ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)	
Dia da semana		Local específico (apartamento ou setor)	
Dia do mês		Instituição (residência, hospital, clínica)	
Mês		Bairro ou rua aproximada	
Ano		Cidade	
Hora aproximada		Estado	

Total:

MEMÓRIA IMEDIATA (3 pontos)

Fale 03 palavras não relacionadas e peça ao paciente para repetir as 03 palavras. Pontuar 01 ponto para cada repetição correta, independente da ordem, pronunciadas na primeira tentativa. EX: caneca, tapete, tijolo. Depois, repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Total:

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

Pedir para fazer 5 subtrações sucessivas de 7 a partir de 100. (100 / 93 / 86 / 79 / 72 / 65).

Caso o paciente relate não ser capaz de fazer cálculos, peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente (O – D – N – U – M). Pontuar apenas os cálculos matemáticos.

Total:

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

Solicitar que relembre as três palavras que foram repetidas anteriormente. Permitir até 10 segundos para a recordação. Pontuar 01 ponto para cada palavra recordada, independente da ordem.

Total:

LINGUAGEM E FUNÇÕES EXECUTIVAS (9 pontos)

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	
Repetir “Nem aqui, nem ali, nem lá” – válida somente a primeira tentativa (1 ponto)	
Comando verbal: “Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio com as duas mãos e coloque-o no chão.” (3 pontos)	
Ler e obedecer: FECHÉ OS OLHOS (1 ponto)	
Escrever uma frase (1 ponto)	
Copiar o desenho abaixo (dois pentágonos interseccionados) (1 ponto)	



Total:

Ref. Folstein et al. 1975

Pontos de corte para o MEEM em população brasileira segundo a escolaridade (Brucki et al. 2004):

Analfabetos – 20 pontos;

1-4 anos de educação formal – 25 pontos; 5-8 anos de educação formal – 26 pontos;

9-11 anos de educação formal – 28 pontos; Mais de 11 anos de educação formal – 29 pontos.

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Solicite ao paciente que desenhe em uma folha branca sem linhas “um relógio completo, com todos os itens”. Se o paciente não incluir todos os números, solicite que o faça. Após concluí-lo, solicite que indique um horário pré-estabelecido (preferencialmente que ocupe quadrantes diferentes do relógio – ex. 8h20).

Pontuação segundo Okamoto:

a) Contorno (2):		
Desenho de contorno aceitável (fechado)	1 pt.	
Contorno com tamanho médio (suficiente)	1 pt.	
b) Números (6)		
De 1 a 12, sem adição ou omissão	1 pt.	
Somente números arábicos ou romanos	1 pt.	
Ordem dos números correta	1 pt.	
O papel não é rodado enquanto se escreve	1 pt.	
A posição dos números está correta	1 pt.	
Todos os números estão dentro do contorno	1 pt.	
c) Ponteiros (6)		
Dois ponteiros e/ou marcas	1 pt.	
Hora indicada com alguma marca	1 pt.	
Minutos indicados com alguma marca	1 pt.	
Ponteiros com proporção correta (minutos maior do que horas)	1 pt.	
Sem marcas supérfluas	1 pt.	
Ponteiros ligados ou aproximados	1 pt.	
d) Centro (1)		
Centro desenhado ou inferido, onde os ponteiros se encontram	1 pt.	

Total:

AValiação da Fluência Verbal (Categoria Semântica)

É dado o comando: “Fale todos os animais que conseguir lembrar. Vale todo tipo de bicho”. Um minuto é contado a partir do final do comando, e o escore corresponde ao número de animais lembrados nesse período. Quando são lembrados animais cuja denominação de sexo é semelhante (ex. gato e gata), um deles não é pontuado, mas quando a denominação é diferente (ex. cavalo e égua), ambos são pontuados. É pontuada a denominação genérica de subcategorias de animais (ex. peixe ou pássaro), mas apenas quando não seguida por exemplos da classe, quando não é considerada a denominação da classe e são contados os exemplos. Assim, a sequência “gato, cavalo, peixe, vaca” receberia 4 pontos, e a sequência “gato, gata, peixe, tubarão, baleia” receberia 3 pontos.

0 anos de educação formal – 09 nomes de animais; 1-7 anos de educação formal – 12 nomes; 8 anos ou mais de educação formal – 13 nomes

Ref: Isaacs e Kennie, 1973.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GUIGÓZ (MNA)

TRIAGEM A-F / AVALIAÇÃO GLOBAL G-R

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingesta 1 = diminuição moderada da ingesta 2 = sem diminuição da ingesta	J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? S/N • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? S/N • carne, peixe ou aves todos os dias? S/N 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19; 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior; 0.5 = não sabe; 1.0 = igual; 2.0 = melhor
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21; 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22; 1.0 = PB > 22
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31; 1 = PP ≥ 31

TRIAGEM – QUESTÕES A-F: Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	AVALIAÇÃO TOTAL = TRIAGEM + GLOBAL: de 24 a 30 pontos - estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos - sob risco de desnutrição menos de 17 pontos - desnutrido
AVALIAÇÃO GLOBAL – QUESTÕES G-R (subtotal, máximo de 16 pontos):	

AVALIAÇÃO DO HUMOR

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GERIATRIC DEPRESSION SCORE – GDS)

	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se aborrece com frequência?	1	0
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	1	0
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

Total:

Pontuação final >5: suspeita de depressão

Ref. Yesavage et al., 1986

AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON

	Sem ajuda	Ajuda parcial	Não consegue
	3 pontos	2 pontos	1 ponto
1. Usar o telefone			
2. Viajar a lugares distantes			
3. Fazer compras			
4. Preparar refeições			
5. Arrumar a casa			
6. Trabalhos domésticos			
7. Lavar e passar roupas			
8. Tomar remédios corretamente			
9. Cuidar do dinheiro			

Avaliação do resultado: A pontuação máxima é de 27 pontos, e as questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim. O escore tem significado apenas para avaliação individual de cada paciente evolutivamente.

Ref: Lawton MP et al. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. J Gerontol. 37:91-99,1982.

ESCALA DE BARTHEL

Atividade	Pontuação
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc., ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda na higiene pessoal 5 = independente rosto / cabelo / dentes / barbear-se	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zíper, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enema) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizando e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DA TOALETE 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE-VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física) pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física), > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda, por exemplo, bengala), > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física ou ser carregado) 10 = independente	

Orientações: 1. A pontuação na escala de Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem, e não ao que recordam terem feito um dia. 2. Seu principal objetivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (verbal ou física). 3. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas.

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DE KATZ

	Independente	Dependente parcial	Dependente total
	1 ponto	0,5 ponto	0 ponto
Banho			
Transferência de local			
Vestuário			
Continência			
Higiene pessoal			
Alimentação			

Avaliação do resultado: 06 pontos – independente para AVDs; 4 pontos – dependência parcial para AVDs; 2 pontos – dependência importante para AVDs; 0 pontos – dependência total

Ref: Katz S et al. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 10(1):20-30,1970.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE

ESCALA FRAIL

F	<i>Fatigue</i> (fadiga)	Você se sente cansado?
R	<i>Resistance</i> (resistência)	Você consegue subir um lance de escada?
A	<i>Ambulation</i> (andar)	Você consegue percorrer uma quadra?
I	<i>Illnesses</i> (doenças)	Mais do que 05 doenças
L	<i>Loss of weight</i> (perda de peso)	Mais do que 5% de perda de peso

Pontuação: 03 ou mais critérios = frágil; 01-02 critérios = pré-frágil; nenhum critério = robusto

Ref: Morley e cols (2012); Woo e cols (2015)

AVALIAÇÃO DE SUPORTE SOCIAL (APLICAR AO PACIENTE SEM A PRESENÇA DOS FAMILIARES)

APGAR DE FAMÍLIA

		SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
		2	1	0
A= Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade Resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço).	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

0 a 4 - Elevada disfunção familiar

5 e 6 – Moderada disfunção familiar

7 a 10 – Boa funcionalidade familiar

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DO ESTRESSE DO CUIDADOR (APLICAR AO CUIDADOR SEM A PRESENÇA DO PACIENTE)

INVENTÁRIO DE ZARIT

	0	1	2	3	4
1. O Sr sente que S pede mais ajuda do que necessita?					
2. O Sr sente que por causa do tempo que o Sr. gasta com S, o Sr. não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O Sr se sente estressado entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr se sente envergonhado com o comportamento de S?					
5. O Sr se sente irritado quando S está por perto?					
6. O Sr sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr sente que S depende do Sr?					
9. O Sr se sente tenso quando S está por perto?					
10. O Sr sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr sente que o Sr não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr está cuidando de S?					
13. O Sr não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?					
14. O Sr sente que S espera que o Sr cuide dele/a, como se o Sr fosse a única pessoa de quem ele/a pode depender?					
15. O Sr sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
19. O Sr se sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr se sente sobrecarregado por cuidar de S?					

Total:

Legenda:

NUNCA = 0

RARAMENTE= 1

ALGUMAS VEZES = 2

FREQUENTEMENTE = 3

SEMPRE = 4

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS) VERSÃO 2

	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DE DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/ trabalho; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50%	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0%	Morte	-	-	-	-

Instruções para o uso do PPS (veja também as definições dos termos)

1- Os escores PPS são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou características que “melhor se adequam” ao paciente que está sendo avaliado.

2- Comece com a coluna à esquerda e leia de cima para baixo até encontrar a descrição de “deambulação” apropriada. Siga então para a próxima coluna, leia-a de cima para baixo novamente até encontrar a descrição de “atividade ou evidência de doença” apropriada. Esses passos são repetidos por todas as 5 colunas antes de atribuir o PPS ao paciente. Note que as

colunas mais à esquerda são características mais “fortes” na determinação do escore e, em geral, assumem maior importância sobre as outras.

Exemplo 1: Um paciente que permaneça a maior parte do dia sentado ou deitado devido a fadiga causada por uma doença avançada, que requeira assistência considerável para caminhar mesmo pequenas distâncias, que seja plenamente consciente e tenha ingestão alimentar boa seria caracterizado com PPS de 50%.

Exemplo 2: Um paciente que tenha se tornado tetraplégico requerendo cuidado total teria PPS de 30%. Embora este paciente possa ser colocado em uma cadeira de rodas (e talvez considerado com PPS de 50%), o escore é 30% porque, de outra forma, ele(a) seria totalmente restrito ao leito devido à doença ou complicações se não fosse pela ajuda do cuidador. O paciente pode ter ingestão alimentar e nível de consciência normais.

Exemplo 3: Entretanto, se o paciente do exemplo 2 fosse paraplégico e restrito ao leito, mas ainda fosse capaz de auto cuidar-se, como por exemplo comer sem auxílio, então o PPS seria algo como 40 ou 50% desde que o paciente não necessite de cuidados o tempo todo.

3 – O PPS apresenta incrementos de 10% sempre. Às vezes é muito fácil identificar, numa ou mais colunas, qual é a descrição que mais se adequa ao paciente. Entretanto, em um ou duas colunas pode parecer que a descrição que mais se adequa esteja em um nível maior ou menor. Nesse contexto, deve-se escolher, como um todo, o nível que melhor descreve a condição do paciente. Escolher um “meio termo” como por exemplo, um PPS de 45%, não é correto. A combinação de julgamento clínico e a “importância maior das colunas da esquerda” é usada para determinar se 40% ou 50% é o escore mais apropriado para o paciente.

4 - O PPS tem muitas utilidades. Primeiro, é um excelente instrumento de comunicação que descreve rapidamente o estado funcional atual do paciente. Segundo, pode ser útil como critério de avaliação de capacidade de trabalho e outras medidas e comparações. Além disso, parece ter valor prognóstico.

DEFINIÇÃO DE TERMOS PARA O PPS

Como exposto abaixo, alguns termos tem significados semelhantes. As diferenças são mais perceptíveis à medida que se lê, horizontalmente, através de cada linha, até encontrar a que mais se adequa como um todo, usando as informações das 5 colunas.

1- DEAMBULAÇÃO

Os termos “**maior parte do tempo sentado ou deitado**”, “**maior parte do tempo acamado**”, e “**totalmente acamado**” são muito semelhantes. As pequenas diferenças estão relacionadas a itens da coluna “autocuidado”. Por exemplo, “totalmente acamado” como PPS 30% é devido a profunda fraqueza ou paralisia de tal forma que o paciente não apenas não consiga sair da cama, mas também não seja capaz de nenhuma atividade de autocuidado. A diferença entre “maior parte do tempo sentado ou deitado” e “acamado” é proporcional à quantidade de tempo em que o paciente é capaz de sentar versus sua necessidade de deitar-se.

Deambulação reduzida caracteriza os PPSs 60 e 70%. Usando a coluna adjacente, a redução na deambulação está ligada à inabilidade de desempenhar seu trabalho normalmente, atividades em casa e “hobbies”. A pessoa ainda é capaz de caminhar e transferir-se sozinho, mas, com PPS de 60%, necessita assistência ocasional.

2 - ATIVIDADE E EVIDÊNCIA DA DOENÇA

“Alguma evidência de doença”, “doença significativa” e “doença extensa” referem-se a características físicas e clínicas que evidenciam graus de progressão. Por exemplo, em câncer de mama, uma recidiva local poderia implicar em “alguma evidência de doença”, uma ou duas metástases no pulmão ou ossos poderia implicar em “doença significativa”, enquanto múltiplas metástases em pulmão, ossos, fígado, cérebro, hipercalcemia e outras complicações importantes poderiam caracterizar “doença extensa”. A extensão pode também se referir a progressão da doença a despeito dos tratamentos. Na AIDS, “alguma evidência de doença” poderia significar a transição de HIV para AIDS, “doença significativa” implicaria progressão no declínio físico, sintomas novos ou de manuseio difícil e baixas contagens Cd4\CD8. “Doença extensa” refere-se a uma ou mais complicações graves com ou sem a continuidade do uso de antiretrovirais, antibióticos, etc.

A extensão da doença é também avaliada no contexto da habilidade de manutenção das atividades de trabalho e hobbies. Declínio na atividade pode significar, por exemplo, que a pessoa ainda joga golfe, mas reduz seu jogo de 18 para 9 buracos, ou somente 3, ou ao seu *“handicap”*. Pessoas que gostem de andar reduzirão gradualmente a distância percorrida, embora possam continuar tentando andar, as vezes até no período próximo da morte. (Ex.: tentando andar nos corredores).

3 - AUTOCUIDADO

“Assistência ocasional” significa que na maioria do tempo os pacientes são capazes de transferir-se para fora do leito, caminhar, tomar banho, ir ao banheiro e comer por si só, mas que ocasionalmente (talvez uma vez ao dia ou poucas vezes na semana) requeiram pequena assistência.

“Assistência considerável” significa que regularmente, todos os dias, o paciente necessite de ajuda, em geral de uma pessoa, para desempenhar algumas atividades citadas acima. Por exemplo, a pessoa necessita ajuda para ir ao banho, mas é capaz de escovar seus dentes ou pelo menos lavar suas mãos e rosto. Os alimentos precisarão, com frequência, ser cortados, mas o paciente é capaz de comê-los como quiser.

“Assistência quase completa” é uma extensão de “considerável”. Usando o exemplo acima, o paciente agora necessita ajuda para levantar-se e também para levar seu rosto e escovar os dentes, mas em geral pode comer sozinho ou com ajuda mínima. Isto pode variar de acordo coma fadiga que apresente durante o dia.

“Dependência Completa” significa que o paciente é totalmente incapaz de comer sem ajuda, ir ao banheiro ou realizar qualquer autocuidado. Dependendo da situação clínica, o paciente pode ou não mastigar e engolir o alimento preparado e servido a ele(a).

4 - INGESTÃO

Mudanças na ingestão alimentar são fáceis de compreender. **“Ingestão normal”** se refere aos hábitos normais de alimentação da pessoa enquanto sadia. **“Ingestão reduzida”** significa qualquer redução nesse padrão e é muito variável de acordo com as circunstâncias individuais. **“Ingestão limitada a colheradas”** refere-se a quantidades muito pequenas, em geral pastosa ou líquida, que estão bem abaixo das necessidades nutricionais.

5 - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

“Completo” implica em estado de alerta total e orientação com boas habilidades cognitivas em vários domínios de pensamento, memória etc. **“Confusão”** é usado para descrever a presença de delirium ou demência e é um nível de consciência reduzido. Pode ser leve, moderado ou grave e como várias possibilidades etiológicas. **“Sonolência”** implica em fadiga, efeito colateral de drogas, delirium ou proximidade da morte e é às vezes incluído no conceito de estupor. **“Coma”** nesse contexto é a ausência de resposta a estímulo físico ou verbal; alguns reflexos podem ou não estar presentes. A profundidade do coma pode flutuar ao longo das 24h do dia.

Ref.: Maciel MGS, Carvalho RT. Tradução Brasileira para Língua Portuguesa do PPS Versão 2. 2009.

PALLIATIVE PROGNOSTIC INDEX (PPI) – ÍNDICE DE PROGNÓSTICO EM CUIDADO PALIATIVO

ESTADO FUNCIONAL / SINTOMAS	PONTUAÇÃO PARCIAL
PPS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE)	
10-20%	4
30-50%	2,5
>60%	0
INGESTA ORAL	
Colheradas ou menos	2,5
Reduzida, mas mais do que colheradas	1
Normal	0
EDEMA	
Presente	1
Ausente	0
DISPNEIA AO REPOUSO	
Presente	3,5
Ausente	0
DELIRIUM	
Presente	4
Ausente	0

TOTAL:

Pontuação

PPI > 6 – sobrevida menor do que 03 semanas

PPI > 4 – sobrevida menor do que 06 semanas

PPI ≤ 4 – sobrevida maior do que 06 meses

Fonte: Journal of Pain and Symptom Management Vol. 35 N. 6, Stone C, Tierman E, Dooley B. Perspective Validation of the Palliative Prognostic Index in Patients with Cancer, 617-622. 2008

ESCALA DE KARNOFSKY

100%	Sem sinais ou queixs; sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas; capaz de realizar suas atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores; realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo, mas não é capaz de trabalhar.
60%	Necessita de assistência ocasional; não é capaz de trabalhar.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita de suporte.
10%	Moribundo, morte iminente.