

DESEMPENHO FUNCIONAL E FÍSICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS CURATIVAS AVALIADOS ATRAVÉS DA PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

Marcele Nogueira Correia

Mestra em Cuidados Paliativos associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Maria de Fátima Costa Caminha

Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco.

Professora da Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do IMIP.

Coordenadora de Tutor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de Azevedo

Estudante do Curso de Medicina da FPS

Suzana Lins da Silva

Doutoranda em Saúde Materno Infantil pelo IMIP

Tutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

José Natal Figueiroa

Doutor em Saúde Materno Infantil pelo IMIP.

Professor da Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do IMIP

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 7,6 milhões de pessoas no mundo morreram vítimas de câncer no ano de 2005 com estimativa para 11,5 milhões em 2030.¹ No Brasil, segue essa mesma estimativa de crescimento, em decorrência da transição epidemiológica, com envelhecimento da população.² Desta forma, a OMS, visando melhorar a qualidade de vida daqueles onde a doença está avançada, havendo ineficácia dos tratamentos curativos, preconiza os cuidados paliativos, que podem ser realizados nos hospitais e/ou na própria residência. Para os que são acompanhados ambulatoriamente, na maioria das vezes, é necessário um cuidador, onde a assistência a ser realizada pelo cuidador pode ser planejada de acordo com a avaliação física e funcional do paciente através da escala denominada Palliative Performance Scale (PPS).^{3,4} Neste sentido, **o estudo objetivou** descrever o desempenho funcional e físico através da PPS em pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas curativas acompanhados ambulatorialmente. **Descrição metodológica:** Pesquisa transversal realizado no ambulatório de oncologia de adulto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, na cidade de Recife (PE), Nordeste do Brasil. Foi estudada uma amostra de conveniência, onde participaram todos os cuidadores que acompanharam os pacientes ambulatoriais em cuidados paliativos durante o período de agosto a outubro de 2011, totalizando 132 cuidadores/pacientes. A coleta dos dados foi realizada mediante entrevista com o cuidador, na qual utilizou-se a PPS para a avaliação do estado funcional e físico do paciente. Na PPS são avaliados cinco domínios: deambulação, atividade/evidência de doença, auto-cuidado, ingestão oral e nível de consciência. Esta escala subdivide-se em 11 níveis, variando de 0% a 100%, com aumentos seriados de 10%, no qual 0% corresponde a um indivíduo morto e 100% indica que o paciente é capaz de exercer uma atividade normal e de trabalhar sem qualquer cuidado especial.⁵ Neste sentido, foram assim considerados os pontos de corte da PPS: **PPS=100%** (completa capacidade de deambular, atividade normal e trabalho/sem evidência de doença, completo auto cuidado, ingesta normal e completo nível de consciência); **PPS=90%** (completa capacidade de deambular, atividade normal e trabalho/**alguma evidência de doença**, completo auto cuidado, ingesta normal e completo nível de consciência); **PPS=80%** (completa capacidade de deambular, **atividade normal com**

esforço/alguma evidência de doença, completo auto cuidado, ingesta normal ou reduzida e completo nível de consciência); PPS=70% (reduzida capacidade de deambular, incapaz para o trabalho/doença significativa, completo auto cuidado, ingesta normal ou reduzida e completo nível de consciência); **PPS=60%** (reduzida capacidade de deambular, incapaz para o hobbies/trabalho doméstico/doença significativa, auto-cuidado com assistência ocasional, ingesta normal ou reduzida e nível de consciência completo ou períodos de confusão); **PPS=50%** (maior parte de tempo sentado ou deitado, incapacitado para qualquer trabalho/doença extensa, auto-cuidado com assistência considerável, ingesta normal ou reduzida e nível de consciência completo ou períodos de confusão); **PPS=40%** (maior parte do tempo acamado, incapacidade para a maioria das atividades/doença extensa, auto-cuidado com assistência quase completa, ingesta normal ou reduzida e nível de consciência completa ou sonolência/mais ou menos confusão); **PPS=30%** (totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade/doença extensa, auto cuidado com dependência completa, ingesta normal ou reduzida e nível de consciência completa ou sonolência/mais ou menos confusão); **PPS=20%** (totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade (doença extensa), auto cuidado com dependência completa, ingesta mínima a pequenos goles e nível de consciência completa ou sonolência (mais ou menos confusão) **PPS=10%** (totalmente acamado, incapaz para qualquer atividade (doença extensa), auto cuidado com dependência completa, cuidados com a boca e sonolência ou coma (mais ou menos confusão) Os dados foram digitados no programa EXCEL e analisados no Stata 12.1. Esta pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP, sob o parecer nº 2420/2011. **Resultados:** O percentual mínimo foi de 20% e o máximo de 100%, o primeiro para três pacientes e o último para apenas um. 117 (88,6%) sujeitos obtiveram $PPS \leq 80\%$, e desses, 55 (47,0%) a PPS já era $\leq 60\%$. **Conclusão:** Quase 50% dos pacientes com doença oncológica fora de possibilidades terapêuticas atendidos ambulatorialmente já necessitam de ajuda no auto-cuidado, indo desde a assistência ocasional até a dependência completa. **Contribuições para a enfermagem:** A partir desses resultados, a enfermagem pode viabilizar a elaboração de programas para auxiliar esses cuidadores na assistência aos pacientes em cuidados paliativos atendidos ambulatorialmente.

Descritores: cuidadores; cuidados ambulatoriais; cuidados paliativos.

Área temática: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Referências: 1. World Health Organization: Palliative Care. Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007; 2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância: A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006; 3. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M: A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. BMC Palliat Care. 2008; 7: 10; 4. National Center on Elder Abuse - NCEA. Institute on Aging. Preventing Elder abuse by family caregivers. San Francisco, California. March, 2002; 5. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative performance scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996; 12(1): 5-11.