



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

Márcia Giselle Amorim Côrtes Belo
Isaque de Araújo Leite

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO BASEADO NA
PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS) DE PACIENTES INTERNADOS**

Recife
2026

MÁRCIA GISELLE AMORIM CÔRTEZ BELO
ISAQUE DE ARAÚJO LEITE

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO BASEADO NA
PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS) DE PACIENTES INTERNADOS**

Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob orientação de Lidier Roberta Moraes Nogueira e coorientação de Liliane Aquino De Moura Muller

Linha de pesquisa: Estudo de correlação entre a Escala Palliative Performance Scale (PPS) e o estado funcional

Orientadora: Lidier Roberta Moraes Nogueira

Coorientador: Liliane Aquino De Moura Muller

Recife

2026

IDENTIFICAÇÃO

ORIENTAÇÃO

Lidier Roberta Moraes Nogueira:

Fisioterapeuta pós-graduada Redentor/Pulmocardio. em UTI neopediátrica pela faculdade Especialista em UTI Adulto pela ASSOBRAFIR/COFFITO. Mestrado em patologia pela UFPE. Doutorado em Saúde Integral pelo IMIP. Professora de tutoria e laboratório da FPS. Professora da Pós-graduação em fisioterapia em UTI adulto da Pulmocardio. Plantonista da UTI coronária do HAM. Diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital ALFA

COORIENTAÇÃO

Liliane Aquino De Moura Muller.

Graduada em Fisioterapia - Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Cefapp. Mestranda em Educação para o Ensino na Área de Saúde. Fisioterapeuta e Preceptora na Enfermaria de Cuidados Paliativos, IMIP
Telefone (81) 98352-1965. E-mail: liliaaneam@gmail.com

ACADÊMICOS

Márcia Giselle Amorim Côrtes Belo

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Isaque de Araújo Leite

Acadêmica de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

RESUMO

Introdução: No âmbito dos cuidados paliativos a assistência fisioterapêutica busca preservar a autonomia, utilizando o desempenho funcional com um indicador para nortear a assistência e a proporcionalidade terapêutica, através da escala *Palliative Performance Scale* (PPS). No contexto da fisioterapia, a compreensão das variáveis que influenciam a funcionalidade permite a elaboração de condutas mais precisas e alinhadas ao estágio da doença. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo elaboração de protocolo baseado nos níveis de funcionalidade dos pacientes classificados pela PPS, a partir de dados clínicos funcionais da amostra. **Métodos:** Tratou-se de um estudo observacional, analítico e longitudinal, com amostragem não probabilística por conveniência, na enfermaria de cuidados paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), entre agosto de 2025 e abril de 2026. A amostra foi composta por 120 pacientes oncológicos internados na unidade de enfermaria. Foram coletados dados sociodemográficos, motivos de internamento, tempo de permanência hospitalar e escores de PPS na admissão e na alta. Os dados clínicos e funcionais obtidos foram utilizados para mapear as necessidades da amostra e fundamentar o direcionamento das condutas em cada nível da escala. **Resultados:** A amostra apresentou discreto predomínio feminino (53,3%) e maioria idosos acima de 60 anos (53,4%). O diagnóstico de câncer de pulmão foi o mais frequente (12,5%), e a dor foi o principal motivo de internamento (30,8%). Observou-se que o PPS de admissão variou conforme o sítio neoplásico, com médias menores em tumores de pâncreas e sistema linfático (36,0%). As condutas fisioterapêuticas foram estratificadas pela funcionalidade: pacientes com PPS elevado 76,2% realizaram treino de deambulação, enquanto aqueles com PPS reduzido 35,3% receberam posicionamento no leito. Os achados permitiram a estruturação da elaboração do protocolo, vinculando condutas a cada nível de PPS identificado. **Conclusão:** Os achados clínico-funcionais da amostra permitiram o cumprimento do objetivo através da elaboração da proposta de protocolo assistencial baseado nos níveis da PPS. O monitoramento sistemático através da escala mostrou-se um instrumento capaz de subsidiar o planejamento terapêutico de forma proporcional, estabelecendo estratégias que vão desde a manutenção da autonomia até medidas de suporte e conforto, com foco na preservação da dignidade no cuidado paliativo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Fisioterapia; Avaliação Funcional; Protocolos Clínicos; Modalidades de Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction:In the context of palliative care, physiotherapy aims to preserve autonomy, using functional performance as an indicator to guide care and therapeutic proportionality, through the Palliative Performance Scale (PPS). In the context of physiotherapy, understanding the variables that influence functionality allows for the development of more precise interventions aligned with the stage of the disease. **Objective:** This study aimed to develop a protocol based on the functional levels of patients classified by the PPS, using functional clinical data from the sample. **Methods:** This was an observational, analytical, and longitudinal study, with non-probabilistic convenience sampling, in the palliative care ward of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), between August 2025 and April 2026. The sample consisted of 120 oncology patients hospitalized in the ward. Sociodemographic data, reasons for hospitalization, length of hospital stay, and PPS scores were collected at admission and discharge. The clinical and functional data obtained were used to map the needs of the sample and to guide the direction of interventions at each level of the scale. **Results:**This study aimed to develop a protocol based on the functional levels of patients classified by the PPS, using functional clinical data from the sample. **Methods:** This was an observational, analytical, and longitudinal study, with non-probabilistic convenience sampling, in the palliative care ward of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), between August 2025 and April 2026. The sample consisted of 120 oncology patients hospitalized in the ward. Sociodemographic data, reasons for hospitalization, length of hospital stay, and PPS scores were collected at admission and discharge. The clinical and functional data obtained were used to map the needs of the sample and to guide the direction of interventions at each level of the scale. **Conclusion:** The clinical-functional findings of the sample allowed for the fulfillment of the objective through the development of a proposed care protocol based on the PPS levels. Systematic monitoring using the scale proved to be a tool capable of supporting therapeutic planning in a proportional manner, establishing strategies ranging from maintaining autonomy to support and comfort measures, focusing on preserving dignity in palliative care.

Keywords: Palliative Care; Physiotherapy; Functional Assessment; Clinical Protocols; Physiotherapy Modalities.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Classificação Segundo Diagnóstico - Sítio Neoplásico na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026.....	14
TABELA 2. Distribuição dos motivos de internamento, número de pacientes, percentual, média do PPS de admissão e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026.....	15
TABELA 3. Distribuição do tempo de internação, número de pacientes, percentual e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026.....	16
TABELA 4. Condutas fisioterapêuticas com número de pacientes, percentual, média do PPS de admissão e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026.....	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPS. Palliative Performance Scale

IMIP. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

DP . Desvio Padrão

OMS. Organização Mundial de Saúde

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

ANCP. Associação Nacional de Criadores e Pesquisadores

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

SCIELO: *Scientific Electronic Library Online*

CEP. Comitê de Ética e Pesquisa

TCLE. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LGPD. Lei Geral de Proteção de Dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 MÉTODOS.....	11
3 RESULTADOS.....	12
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONCLUSÃO	19
6 REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO A - PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS).....	22
APÊNDICE A - Protocolo fisioterapêutico em cuidados paliativos baseado na PPS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos constituem uma abordagem terapêutica abrangente, centrada na promoção da qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida, bem como no suporte aos seus familiares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa assistência fundamenta-se na prevenção e no alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação criteriosa e tratamento impecável de sintomas físicos, psicossociais e espirituais¹. No cerne desta filosofia, a atuação multiprofissional é o pilar de sustentação do cuidado, cenário no qual a fisioterapia emergiu como um componente indispensável. O fisioterapeuta atua diretamente na manutenção da funcionalidade, no controle de sintomas e na preservação da autonomia, garantindo que o paciente permaneça como protagonista de sua própria história, mesmo diante da progressão da doença².

No cenário nacional, a atuação do fisioterapeuta em cuidados paliativos obteve um marco jurídico e técnico fundamental com a publicação da Resolução nº 539/2021 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Este documento consolidou a competência do profissional na gestão de sintomas complexos e na atuação direta dentro da equipe paliativista³. Estudo contemporâneo reforça que a busca pela "boa morte" e pela dignidade no processo de finitude exige uma assistência humanizada e tecnicamente preparada⁴.

Embora a fisioterapia seja reconhecida como importante área de atuação em cuidados paliativos, ainda existem lacunas significativas na formação acadêmica e profissional. A evidência prévia demonstra que estudantes e fisioterapeutas compreendem os princípios e relevâncias dos cuidados paliativos, porém frequentemente diante da complexidade clínica e da necessidade de adequação das intervenções ao prognóstico funcional e à proporcionalidade terapêutica⁵. Somado a isso, a prática clínica enfrenta desafios como a ausência de diretrizes sistematizadas. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) reforça que a falta de instrumentos de avaliação que guiem o plano terapêutico contribui para a variabilidade das condutas e insegurança profissional⁶. Avaliar um paciente de forma global é de alta importância para agregar o valor da individualidade, proporcionando um cuidado mais acolhedor que facilite o relacionamento com o paciente e ele se sinta confortável para

compartilhar sobre a sua história de doença e dessa forma poder tratar este paciente da melhor forma possível de acordo com o seu prognóstico e expectativa⁷.

Além disso, a percepção de autonomia em cuidados paliativos por parte das equipes multiprofissionais é um conceito central que precisa ser respeitado no planejamento do cuidado⁸. Globalmente, estima-se que o valor atribuído ao processo de morrer e a necessidade de ressignificar a morte como parte integrante do processo de vida e cuidado em saúde são discussões urgentes para os sistemas de saúde⁹.

Para conferir objetividade à prática, destaca-se a utilização de escalas validadas. A *Palliative Performance Scale* (PPS) é uma ferramenta poderosa para monitorar a trajetória de declínio do paciente¹⁰. Desenvolvida originalmente por Anderson et al., a PPS avalia domínios fundamentais como deambulação, evidência de doença, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência, traduzindo o estado clínico em uma porcentagem de 0% (óbito) a 100% (plena funcionalidade)¹¹. Contudo, nota-se uma carência na literatura de elaboração de planos terapêuticos que vinculam diretamente os escores da PPS a intervenções fisioterapêuticas específicas. Essa lacuna científica reside no fato de que, embora a PPS seja amplamente consolidada na literatura internacional como um forte preditor de sobrevida e declínio oncológico e não oncológico, sua utilização ainda permanece majoritariamente restrita a fins prognósticos e de gestão de leitos.

Diante das dificuldades enfrentadas por fisioterapeutas na definição de condutas terapêuticas para pacientes em cuidados paliativos, torna-se necessária a utilização de instrumentos que auxiliem na estratificação funcional e no direcionamento clínico das intervenções. Nesse contexto, a *Palliative Performance Scale* (PPS) apresenta potencial para subsidiar a tomada de decisão fisioterapêutica de forma mais individualizada, proporcional e alinhada às necessidades funcionais de cada paciente. Essa necessidade se acentua pelo fato de que, atualmente, ainda não foram identificados na literatura nacional protocolos fisioterapêuticos estruturados e padronizados que utilizem os escores da PPS como o critério central para a estratificação dessas condutas de forma sistemática.

Diante da lacuna de instrumentos sistematizados na prática clínica da instituição, o objetivo deste trabalho é elaborar um protocolo baseado nos níveis de funcionalidade dos pacientes classificados pela PPS, a partir de dados clínicos funcionais da amostra.

2 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional, analítico e longitudinal. O cenário de desenvolvimento da pesquisa compreendeu a Enfermaria de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), instituição hospitalar de referência localizada no município do Recife, Pernambuco. O período correspondente ao acompanhamento e à coleta sistemática de dados estendeu-se entre os meses de agosto de 2025 e abril de 2026.

A população do estudo foi constituída por uma amostra de 120 participantes internados de forma consecutiva no referido setor. O processo de seleção baseou-se em uma amostragem não probabilística por conveniência. Foram adotados como critérios de inclusão indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e com diagnóstico de patologia oncológica sob regime assistencial de cuidados paliativos. Inversamente, estabeleceu-se como critério de exclusão a não elegibilidade de pacientes que se encontravam admitidos em processo ativo de morte.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários eletrônicos e organizados em tabelas do programa Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO. A modelagem estatística limitou-se ao emprego da estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas expressas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis numéricas quantitativas foram representadas por suas médias e desvios-padrão.

A elaboração do protocolo fisioterapêutico foi baseado a partir da análise descritiva das condutas fisioterapêuticas predominantemente observadas nos diferentes estratos funcionais da *Palliative Performance Scale* (PPS) na admissão. Para fundamentar e consolidar esse direcionamento assistencial, realizou-se um levantamento aprofundado na literatura científica por meio de uma revisão detalhada nas bases de dados eletrônicas MEDLINE/PubMed, LILACS e SciELO. A busca utilizou descritores controlados combinados através de operadores booleanos, com foco em diretrizes internacionais, ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre mobilização e manejo de sintomas físicos em cuidados paliativos oncológicos hospitalares, cujas evidências foram associadas e vinculadas diretamente a cada faixa de escore funcional da escala

O projeto de pesquisa obedeceu rigorosamente às diretrizes éticas vigentes para estudos com seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

complexo hospitalar (CEP/IMIP) sob o número de registro de aprovação parecer 7.830.630. O início dos procedimentos de triagem e avaliação clínica ocorreu estritamente após a abordagem formal e aplicação com assinatura compulsória do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pacientes ou seus respectivos responsáveis legais. Por fim, garantiu-se o sigilo, a privacidade e a devida proteção das informações clínicas coletadas mediante a conformidade irrestrita com os preceitos e normas estabelecidas pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

3 RESULTADOS

Entre agosto de 2025 e abril de 2026, foram incluídos 120 pacientes internados na enfermaria de cuidados paliativos. Observou-se distribuição relativamente equilibrada entre os sexos, com discreto predomínio do sexo feminino (53,3%) e (46.7%) do sexo masculino.

No que se refere à faixa etária, demonstrou predominância de indivíduos nos grupos mais avançados de idade. Observou-se maior concentração entre 60 e 69 anos.

A classificação dos pacientes segundo o diagnóstico identificou que em sua totalidade refere-se a neoplasias em diferentes sítios os quais foram agrupados e relacionados com o PPS de admissão. Demonstraram maior frequência os tumores pulmonares, correspondendo a (12,5%), seguido por neoplasias de cólon (9,2%).

Os sítios neoplásicos raros, como orofaringe, pelve, boca, jugular, intestino, face, esôfago e vulva corresponderam individualmente a menos que 1% cada da amostra.

Em relação ao desempenho funcional na admissão, avaliado pela Escala de Performance Paliativa (PPS), observou-se variação entre os diferentes tipos de neoplasia. Os valores de PPS mais elevados foram identificados nos pacientes com neoplasias de cólon, medula óssea, encéfalo e reto (60,0%), indicando melhor funcionalidade inicial nesses grupos.

Por outro lado, valores menores de PPS foram observados em pacientes com neoplasias do sistema linfático e pâncreas (36,0%) e próstata (42,0%). (Tabela 1)

Tabela 1. Classificação Segundo Diagnóstico - Sítio Neoplásico na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026

Sítio Neoplásico	N	%	PPS Admissão (%)	Desvio Padrão (%)
Pulmão	15	12.5	50.7	23.7
Cólon	11	9.2	60.0	21.9
Próstata	10	8.3	42.0	19.3
Útero	9	7.5	56.7	22.9

Medula Óssea	7	5.8	60.0	23.8
Endométrio	7	5.8	41.4	16.8
Rim	6	5.0	55.0	17.6
Mama	6	5.0	45.0	10.5
Encéfalo	6	5.0	60.0	39.0
Ovário	5	4.2	46.0	18.2
Vias biliares	5	4.2	50.0	18.7
Linfático	5	4.2	36.0	15.2
Pâncreas	5	4.2	36.0	32.1
Fígado	3	2.5	53.3	5.8
Estômago	3	2.5	46.7	20.8
Cérebro	3	2.5	56.7	40.4
Reto	2	1.7	60.0	56.6
Bexiga	2	1.7	55.0	7.1
Medula espinhal	2	1.7	30.0	0.0
Sítios neoplásicos raros	8	6.67	47.5	23.76

N = Amostra; PPS = *Palliative Performance Scale* (Escala de Performance Paliativa)

Fonte: IMIP.

Os motivos de internamento foram predominantemente relacionados à dor, que representou (30,8%) dos casos, seguida por complicações gerais clínicas (20,8%). Em relação aos pacientes com causas respiratórias apresentaram média de PPS de (48,4%), indicando comprometimento funcional moderado nesses grupos. (Tabela 2)

Tabela 2. Distribuição dos motivos de internamento, número de pacientes, percentual, média do PPS de admissão e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026

Motivo de internamento	N	%	PPS Admissão (%)	Desvio Padrão (%)
-------------------------------	----------	----------	-------------------------	--------------------------

Dor	37	30.8	44.9	19.1
Complicações gerais clínicas	25	20.8	50.0	23.8
Respiratório	19	15.8	48.4	21.9
Infecção	12	10.0	60.8	24.3
Gastrointestinal	9	7.5	54.4	S
Neurológico	7	5.8	45.7	27.6
Sangramento	5	4.2	74.0	24.1
Geniturinário	3	2.5	53.3	11.5
Complicações metabólicas	1	0.8	60.0	—
Declínio funcional	1	0.8	20.0	—
Progressão da doença	1	0.8	20.0	—
Total	120	100.0	—	—

N = Amostra; PPS = *Palliative Performance Scale* (Escala de Performance Paliativa)

Fonte: IMIP.

O tempo de internação dos pacientes apresentou maior concentração na faixa de 8 a 14 dias, correspondendo a (33,3%). As internações superiores a 30 dias representaram (19,2%). (Tabela 3)

Tabela 3. Distribuição do tempo de internação, número de pacientes, percentual e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026

Tempo de internação	N	%	Desvio (dias)	Padrão
≤3 dias	7	5.8	0.8	
4–7 dias	23	19.2	1.2	
8–14 dias	40	33.3	1.9	
15–30 dias	27	22.5	4.5	

>30 dias 23 19.2 24.0

N = Amostra

Fonte: IMIP.

A análise das condutas fisioterapêuticas, categorizadas conforme a intervenção predominante é o objetivo terapêutico, evidenciou predomínio de intervenções respiratórias, correspondendo a (47,5%). Os pacientes submetidos a posicionamento terapêutico apresentaram os menores valores de PPS (35,3%), indicando maior comprometimento funcional no momento da admissão.

Tabela 4. Condutas fisioterapêuticas com número de pacientes, percentual, média do PPS de admissão e desvio padrão na enfermaria de cuidados paliativos do IMIP, no período de agosto de 2025 a abril de 2026

Conduta	N	%	PPS admissão (média %)	Desvio Padrão (%)
Intervenções respiratórias	57	47.5	50.5	19.9
Posicionamento terapêutico	34	28.3	35.3	18.8
Treino de marcha	13	10.8	76.2	20.2
Medidas não farmacológicas para controle da dor	5	4.2	40.0	14.1
Otimização da capacidade funcional	4	3.3	75.0	12.9
Monitorização clínica	3	2.5	63.3	5.8
Exercícios terapêuticos	2	1.7	75.0	7.1
Treino	2	1.7	45.0	21.2

Conduta	N	%	PPS admissão (média %)	Desvio Padrão (%)
funcional				
Total	120	100.0	-	-

N = Amostra; PPS = *Palliative Performance Scale* (Escala de Performance Paliativa)

Fonte: IMIP.

4 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem associação entre o diagnóstico oncológico e o desempenho funcional avaliado pela Palliative Performance Scale (PPS), considerando as diferenças observadas entre os distintos sítios neoplásicos da amostra. Tal percepção é contrária à de alguns artigos que trazem o sexo como um importante parâmetro na determinação da PPS, relatando que homens apresentariam escores menores que mulheres^{12,13}. Por outro lado, outros trabalhos defendem que sexo e PPS são variáveis independentes¹⁴, o que corrobora com os achados desta pesquisa, onde se evidenciou um perfil relativamente equilibrado entre os gêneros (53,3% mulheres; 46,7% homens) e uma distribuição funcional que seguiu padrões clínicos mais atrelados à patologia do que ao sexo isoladamente. Seguindo essa linha, o diagnóstico influencia diretamente o prognóstico, estabelecendo a PPS como um preditor robusto de sobrevida^{15,16}.

A análise do desempenho funcional pela *Palliative Performance Scale* (PPS) na admissão demonstrou ser uma ferramenta diagnóstica e norteadora fundamental. Observou-se que a funcionalidade inicial varia significativamente conforme o sítio neoplásico: enquanto pacientes com tumores de cólon e medula óssea apresentaram maior preservação funcional (PPS 60%), aqueles com neoplasias de pâncreas e sistema linfático foram admitidos em estados de maior fragilidade (PPS 36%). Essa heterogeneidade funcional é corroborada por estudos internacionais, que demonstram que diagnósticos oncológicos específicos, especialmente tumores hepatobiliares e de pâncreas, apresentam trajetórias de sobrevida mais curtas e escores de PPS significativamente menores já no momento da admissão¹⁷. A alta carga de sintomas sistêmicos inerente a esses sítios primários compromete precocemente a reserva fisiológica e o prognóstico funcional, justificando a admissão hospitalar em estados de dependência mais avançada, conforme evidenciado nesta amostra¹⁸.

Um dos pontos centrais desta discussão é a relação entre o nível de PPS e a conduta fisioterapêutica adotada. Os dados evidenciam uma estratificação clara: pacientes com maior funcionalidade na admissão foram direcionados a condutas de reabilitação e manutenção, como o treino de marcha (PPS médio 76,2%) e exercícios terapêuticos (PPS médio 75,0%). Em contrapartida, à medida que o escore funcional declina, as intervenções migram para o suporte e conforto. O posicionamento terapêutico no leito, por exemplo, foi a conduta

aplicada aos pacientes com os menores índices de PPS (35,3%), refletindo uma assistência voltada à prevenção de úlceras por pressão, manejo de edemas e conforto musculoesquelético. Essa progressão terapêutica encontra respaldo na literatura contemporânea, que define o papel do fisioterapeuta em cuidados paliativos como um processo dinâmico: em níveis funcionais preservados, o foco reside na otimização da autonomia e força muscular, enquanto em estágios de maior dependência, as intervenções priorizam o manejo de sintomas e a dignidade no leito¹⁹.

As intervenções respiratórias representaram a conduta mais frequente (47,5%), sendo aplicadas em pacientes com comprometimento funcional moderado (PPS médio 50,5%). Este dado é clinicamente relevante, pois as causas respiratórias foram o terceiro maior motivo de internamento (15,8%), e a dispneia é frequentemente citada como um dos sintomas mais angustiantes em cuidados paliativos, exigindo atuação fisioterapêutica constante para otimização da mecânica ventilatória e higiene brônquica²⁰. A dor, embora tenha sido o principal motivo de internamento (30,8%), teve intervenções fisioterapêuticas específicas registradas em apenas 4,2% dos casos, o que pode sugerir um manejo predominantemente farmacológico ou a integração do controle algico dentro de outras condutas, como o posicionamento, liberação miofascial e enfaixamento.

Quanto ao tempo de internação, a concentração observada na faixa de 8 a 14 dias (33,3%) e o volume expressivo de internações superiores a 30 dias (19,2%) destacam o caráter crônico e complexo desses pacientes. A alta variabilidade observada nos grupos de internação prolongada sugere que o declínio funcional pode ser exacerbado pelo tempo de permanência hospitalar, especialmente quando o escore inicial da PPS já se apresenta reduzido. Nesse contexto, a transição das metas terapêuticas, orientada pela queda da pontuação na escala, reflete a necessidade de programas de intervenção dinâmicos e adaptativos. Tais estratégias devem priorizar os objetivos de vida e o conforto do paciente à medida que a reserva fisiológica se reduz, garantindo uma assistência personalizada e condizente com a fase de terminalidade^{21,22}.

Os resultados sustentam que a PPS de admissão não deve ser vista apenas como um marcador estatístico, mas como um indicador clínico que dita a proporcionalidade terapêutica. A escolha das condutas fisioterapêuticas conforme o escore funcional demonstra que a

fisioterapia nesta unidade atua de forma personalizada, buscando a manutenção da dignidade e a otimização dos recursos terapêuticos de acordo com a fase de vida e a capacidade remanescente de cada paciente.

A aplicabilidade clínica do protocolo proposto materializa-se na sua capacidade de funcionar como um instrumento norteador à beira do leito para a tomada de decisão rápida e segura. Ao traduzir os percentuais da PPS em diretrizes assistenciais de fácil consulta, o protocolo atua diretamente no direcionamento clínico de outros profissionais de fisioterapia e residentes que se inserem nesse cenário assistencial. Essa padronização assegura a uniformidade nas decisões clínicas do corpo de fisioterapeutas, conferindo à equipe a clareza necessária para decodificar o panorama funcional do paciente e alinhar, de forma imediata, os objetivos terapêuticos à real capacidade biológica revelada pela escala. Trata-se de um referencial técnico que baliza o discernimento profissional no cotidiano assistencial, garantindo que cada oscilação nos escores se converta em uma resposta assistencial precisa, segura e eticamente fundamentada diante da finitude.

Este estudo apresenta algumas limitações, incluindo a utilização de amostra por conveniência, realização em centro único e ausência de análises inferenciais capazes de estabelecer associações independentes entre variáveis clínicas e funcionais. Além disso, o protocolo proposto não passou por processo formal de validação clínica, devendo seus resultados serem interpretados com cautela e utilizados como proposta inicial para futuras investigações.

5 CONCLUSÃO

A Palliative Performance Scale (PPS) demonstrou potencial aplicabilidade como ferramenta auxiliar na classificação funcional e no direcionamento das condutas fisioterapêuticas em pacientes sob cuidados paliativos hospitalares, sugerindo associação entre o escore funcional e a escolha das intervenções fisioterapêuticas. Observou-se associação entre maiores escores de PPS e maior potencial funcional, refletido principalmente pela realização de condutas voltadas à mobilidade e manutenção da autonomia. Em contrapartida, o declínio funcional exigiu uma transição clara para intervenções de suporte e conforto, como o posicionamento no leito, evidenciando a adaptação do cuidado às necessidades de indivíduos com alta dependência.

Esses achados reforçam a importância da avaliação integrada da funcionalidade no manejo clínico de pacientes em cuidados paliativos, subsidiando estratégias de assistência fisioterapêutica e auxiliando na estratificação de abordagem no contexto hospitalar. Recomenda-se a realização de estudos futuros, com amostras mais amplas e seguimento longitudinal, incluindo variáveis como a qualidade de vida relacionada à saúde ou o tempo de sobrevivência, a fim de aprofundar a compreensão dessa relação.

Contudo, ressalta-se que a elaboração do protocolo proposto nesta pesquisa constitui uma etapa inicial de padronização, necessitando de validação clínica e metodológica em estudos futuros para a consolidação de sua eficácia e reprodutibilidade em larga escala.

6 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Silva RS, Evangelista VC, Santos AG. A importância da fisioterapia nos cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(3) e 210045.
3. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 539, de 09 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a competência do fisioterapeuta na atuação em Cuidados Paliativos. Brasília: COFFITO; 2021.
4. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2004.
5. Oliveira ARN, Moraes PSA, Neves JF, Fonseca RC, Lima JHM. Cuidados paliativos em oncologia: conhecimento dos acadêmicos de fisioterapia. *Braz J Dev* [Internet]. 2020 Aug [cited 2026 May 6];6(8):56558-73. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/14758>
6. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos da ANCP. 2ª ed. São Paulo: ANCP; 2012.
7. Donnelly M, Martin D. History taking and physical assessment in holistic palliative care. *Br J Nurs*. 2016 Dec 8;25(22):1250-5. doi: 10.12968/bjon.2016.25.22.1250.
8. Zanini T, Oliveira ÀS. Percepção da equipe multiprofissional sobre autonomia do paciente em cuidados paliativos. *Rev Bioet*. 2021;29(2):345-54.
9. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022;399(10327):837-84.
10. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Validity and reliability of a simplified performance status scale, the Palliative Performance Scale (PPS). *Jpn J Clin Oncol*. 1999;29(12):614-7.
11. 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.
12. Lee GJ, Gwak JH, Kim MS, et al. Changes in the palliative performance scale may be as important as the initial palliative performance scale for predicting survival in terminal cancer patients. *Palliat Support Care*. 2021;19(5):547-51. doi: 10.1017/S1478951520001248.
13. Hu X, Chen Y, Zhang C, Jiang J, Xu X, Shao M. Factors influencing the survival time of patients with advanced cancer at the end of life: a retrospective study. *BMC Palliat Care*. 2024 Dec 2;23(1):276. doi: 10.1186/s12904-024-01607-z.
14. Pannoi N, Srimuninnimit V, Sophonsritsuk A, Saengwongchai R. Overall survival and

survival time according to Palliative Performance Scale: A retrospective cohort study in Thailand. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec;20(1):1-9.

15. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanakul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care*. 2021 May 26;20(1):74. doi: 10.1186/s12904-021-00773-8.

16. Vankun P, Saramunee K, Chaiyasong S. Overall Survival and Survival Time by Palliative Performance Scale: A Retrospective Cohort Study in Thailand. *Indian J Palliat Care*. 2022;28(3):295-300.

17. Pannoi N, Srimuninnimit V, Sophonsritsuk A, Saengwongchai R. Overall survival and survival time according to Palliative Performance Scale: A retrospective cohort study in Thailand. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):168.

18. Jang RW, Lau J, Cheng SY, Wang SY, Chen CH, Shao YY, et al. Factors associated with Palliative Performance Scale (PPS) scores in patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2014;17(10):1120-6.

19. Brighton LJ, Miller S, Farquhar M, Booth S, Yi D, Gao W, et al. Holistic services for people with advanced disease and chronic breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2019 Mar;74(3):270-81. doi: 10.1136/thoraxjnl-2018-211589.

20. Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, Ekström M, Simon ST, Ogliari AC, et al. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2020 Dec;5(6):e001038. doi: 10.1136/esmoopen-2020-001038.

21. Morgan DD, Tieman JJ, Allingham SF, Ekström MP, Connolly A, Currow DC. The trajectory of functional decline over the last 4 months of life in a palliative care population: A prospective, consecutive cohort study. *Palliat Med*. 2019 Jun;33(6):693-703. doi: 10.1177/0269216319839024.

22. Gärtner HS, Shabnam J, Aagesen M, Guldin MB, Vind AB, Marsaa K, et al. Combined rehabilitation and palliative care interventions for patients with life-threatening diseases - PREGOAL. A scoping review of intervention programme goals. *Disabil Rehabil*. 2024 Jul;46(14):2989-98. doi: 10.1080/09638288.2023.2246373.

ANEXO A - PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)

Utilizada em cuidados paliativos para avaliar a capacidade funcional dos pacientes ao longo do tempo. Ela mede cinco parâmetros principais, atribuindo uma pontuação de 0% a 100%, onde 0% indica morte iminente e 100% indica funcionalidade completa¹⁹.

Palliative Performance Scale (PPS) - Escala de Desempenho Paliativo					
Nível (%)	Ambulação	Atividade e evidências de doença	Autocuidado	Ingestão	Estado de Consciência
100%	Deambula normalment e, sem ajuda	Normal, sem evidências de doença ativa	Totalmente independente	Ingestão normal	Totalmente consciente
90%	Deambula normalment e, sem ajuda	Normal, sinais mínimos de doença	Totalmente independente	Ingestão normal	Totalmente consciente
80%	Deambula com esforço	Alguns sinais de doença, ainda realizando atividades normais	Totalmente independente	Ingestão normal	Totalmente consciente
70%	Incapaz de realizar trabalho normal, deambula com esforço	Significativa evidência de doença, ainda cuida de si mesmo	Totalmente independente	Ingestão normal ou reduzida	Totalmente consciente
60%	Precisa de assistência ocasional	Não consegue realizar trabalho normal, necessita de descanso	Predominantemente independente	Ingestão normal ou reduzida	Totalmente consciente

		frequente			
50%	Necessita de ajuda considerável	Doença progrediu significativamente, passa mais tempo sentado	Necessita de assistência considerável	Ingestão normal ou reduzida	Totalmente consciente
40%	Deambula minimamente, e, permanece sentado ou deitado a maior parte do tempo	Doença avançada, precisa de assistência frequente	Necessita de ajuda frequente	Ingestão reduzida	Consciente ou confuso
30%	Acamado, mobilidade mínima	Doença muito avançada, completamente dependente	Totalmente dependente	Ingestão reduzida	Consciente ou confuso
20%	Totalmente acamado	Doença severamente avançada, totalmente dependente	Totalmente dependente	Ingestão muito limitada	Consciente ou confuso
10%	Totalmente acamado	Doença terminal, completamente dependente	Totalmente dependente	Ingestão muito limitada	Sonolento, semidependente
0%	Falecimento	Falecimento	Falecimento	Falecimento	Falecimento

Como preencher:

1. Deambulação: Avalie a capacidade do paciente de se mover de forma independente.

2. Atividade e evidências de doença: Determine se o paciente pode realizar atividades diárias e se há sinais evidentes de progressão da doença.
3. Autocuidado: Verifique o nível de dependência para as atividades diárias (banho, vestir-se, comer).
4. Ingestão: Avalie a capacidade do paciente de ingerir alimentos e líquidos.
5. Estado de Consciência: Verifique se o paciente está consciente e alerta ou apresenta confusão.
6. Condutas fisioterapêuticas: Registro das intervenções propostas de acordo com o nível funcional do paciente, como exercícios leves, posicionamento no leito, técnicas para alívio de sintomas (dor, dispneia), orientações para familiares ou outras ações que promovam conforto e funcionalidade.

APÊNDICE A Protocolo fisioterapêutico em cuidados paliativos baseados na PPS

PPS (%) e Nível Funcional	Objetivos e Frequência	Diretrizes Clínicas e Condutas	Critérios de Segurança
100% – 70% Alta funcionalidade	Objetivos específicos: Manutenção da independência funcional, otimização da capacidade motora aeróbica/resistida e prevenção do descondicionamento. Frequência: 1 vez ao dia.	Critérios clínicos para indicação: Paciente lúcido, hemodinamicamente estável, com marcha independente ou assistência mínima, e sem queixas álgicas incapacitantes. Exemplos de técnicas: Cinesioterapia ativa e resistida leve, treino de deambulação, treino funcional (transferências e ortostatismo) e exercícios de equilíbrio. Contraindicações: Fadiga extrema pré-esforço, instabilidade hemodinâmica aguda ou dor não controlada.	Desconforto respiratório agudo, dor súbita de forte intensidade, tontura, sudorese fria, ou elevação/queda abrupta da frequência cardíaca e pressão arterial durante o esforço.
60% – 40% Funcionalidade intermediária	Objetivos específicos: Preservação da funcionalidade residual, manejo ativo de sintomas (dor e dispneia), prevenção de rigidez articular e complicações respiratórias. Frequência: 1 vez ao dia (ajustável conforme flutuação diária).	Critérios clínicos para indicação: Paciente com declínio motor evidente, necessitando de assistência para locomoção, períodos prolongados no leito/poltrona, mas responsivo a estímulos. Exemplos de técnicas: Deambulação supervisionada, cinesioterapia ativo-assistida, intervenções respiratórias (reexpansão e direcionamento de fluxo), treino funcional focado em transferências e recursos físicos/manuais para controle da dor. Contraindicações: Recusa do paciente, sonolência excessiva que impeça a cooperação segura, ou instabilidade clínica imediata.	Saturação de oxigênio abaixo do basal tolerável, dispneia progressiva durante a atividade, fadiga muscular limitante, relato de dor incapacitante ou sinais de intolerância ortostática.
30% – 10% Baixa funcionalidade	Objetivos específicos: Promoção do estrito conforto, alívio de sintomas refratários, prevenção de lesões por pressão e manejo sutil de secreções aéreas. Frequência: Conforme tolerância do paciente.	Critérios clínicos para indicação: Paciente restrito ao leito, com alto grau de dependência para autocuidado, episódios frequentes de confusão mental ou rebaixamento do nível de consciência. Exemplos de técnicas: Posicionamento terapêutico em leito (mudança de decúbito), mobilização passiva suave para manutenção de amplitude articular, fisioterapia respiratória passiva/suave e manobras de higiene brônquica não invasivas.	Sinais flogísticos ou de dor crônica à mobilização passiva, agitação psicomotora desencadeada pelo toque, queda importante na saturação de oxigênio ou oscilações autonômicas evidentes.

PPS (%) e Nível Funcional	Objetivos e Frequência	Diretrizes Clínicas e Condutas	Critérios de Segurança
≤ 10% Terminalidade	<p>Objetivos específicos: Garantia de conforto absoluto, alívio imediato da dispneia agônica, suporte ventilatório de conforto e preservação da dignidade na finitude.</p> <p>Frequência: Conforme necessidade assistencial (foco em intercorrências).</p>	<p>Contraindicações: Exercícios ativos ou resistidos, mobilizações vigorosas, técnicas respiratórias forçadas ou dolorosas.</p> <p>Critérios clínicos para indicação: Paciente em fase iminente de terminalidade, prostração absoluta, incapacidade de deglutição, alterações severas do padrão respiratório.</p> <p>Exemplos de técnicas: Posicionamento em decúbito elevado para alívio de dispneia, terapia sutil de higiene brônquica (apenas para evitar ruídos agônicos que gerem angústia familiar), e medidas de conforto cutâneo/articular passivas.</p> <p>Contraindicações: Qualquer tipo de avaliação de amplitude ou força, manobras respiratórias compressivas, aspiração traqueal vigorosa (salvo se estritamente necessária por obstrução alta massiva) e qualquer conduta fútil.</p> <p>Sinais de transição para o Processo Ativo de Morte (PAM): Interromper avaliações e migrar para cuidados puramente paliativos de conforto.</p>	<p>Sinais de Interrupção Absoluta: Evidência de sofrimento facial, gemidos induzidos pelo toque ou manipulação, agitação respiratória induzida por manobras. Cessar qualquer estímulo que quebre o repouso absoluto.</p>

NOTA: PPS = *Palliative Performance Scale* (Escala de Performance Paliativa); PAM = Processo Ativo de Morte; ≤ menor ou igual a.

FONTE: Elaborado pelo autor (2026)