

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES

**Residência Multiprofissional em Fisioterapia eixo de Atenção
ao Câncer**

Kelli Carletti Smider

**Escala de performance de Karnofsky dos pacientes
oncológicos atendidos pela fisioterapia em um hospital de
referência em oncologia do Sul do estado do Espírito
Santo.**

**Cachoeiro de Itapemirim – ES
Janeiro /2021**

ESCALA DE PERFORMANCE DE KARNOFSKY DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS PELA FISIOTERAPIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA DO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.

KARNOFSKY PERFORMANCE SCALE OF ONCOLOGICAL PATIENTS SERVED BY PHYSIOTHERAPY IN A REFERENCE HOSPITAL IN SOUTHERN ONCOLOGY OF THE STATE OF ESPÍRITO SANTO.

SMIDER, Kelli Carletti Smider¹

RIBEIRO, Gustavo Zigoni de Oliveira²

LEAL, Daiana Meneguelli³

RESUMO: Introdução: Por necessidade de avaliação e resposta ao tratamento do câncer, foram criados instrumentos de avaliação para mensurar a qualidade de vida do paciente. A escala de performance status de Karnofsky foi desenvolvida nos anos de 1940, para pacientes com câncer como um meio objetivo de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar determinadas atividades básicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, prospectivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado no período de junho a agosto de 2020, no Hospital Evangélico no município de Cachoeiro de Itapemirim- ES. **Resultados e discussão:** Durante o período da pesquisa analisamos os dados de 89 pacientes, sendo 49 do sexo feminino e 40 do sexo masculino internados na oncologia atendendo aos critérios da pesquisa. **Conclusão:** Concluindo a pesquisa, o paciente possuidor do diagnóstico oncológico, já possui fator redutor de performance, e uma terapia bem indicada pode melhorar o KPS dos pacientes.

Palavras chaves: Karnofsky; Oncologia; Fisioterapia

ABSTRACT: Introduction: Due to the need to assess and respond to cancer treatment, assessment instruments were created to measure the patient's quality of life. The Karnofsky performance status scale was developed in the 1940s for cancer patients as an objective means of documenting the patient's clinical decline,

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em eixo de Atenção ao Câncer, do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, kellismider13@hotmail.com.

² Orientador: Enfermeiro, Especialista em urgência e emergência, Mestre em administração de empresas, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim- ES, gustavo.ribeiro@heci.com.br.

³ Co-Orientador: Fisioterapeuta, Especialista em Oncologia, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, Daiana.mene@gmail.com

assessing their ability to perform certain basic activities. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory, prospective study, with a quantitative approach, which was carried out from June to August 2020, at the Evangélico Hospital in the municipality of Cachoeiro de Itapemirim-ES. **Results and discussion:** During the research period, we analyzed data from 89 patients, 49 of whom were female and 40 were hospitalized in oncology, meeting the research criteria. **Conclusion:** Concluding the research, the patient with the oncological diagnosis, already has a performance reducing factor, and a well-indicated therapy can improve the KPS of the patients.

Keywords: Karnofsky; Oncology; Physiotherapy

INTRODUÇÃO

Câncer, é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgão de etiologia multivariada que configura um problema de saúde pública (INCA, 2020). As estimativas no Brasil para a incidência de câncer no biênio 2018/2019 é de 600 mil novos casos para cada ano (CARVALHO; FIGUEIREDO, 2019).

Por necessidade de avaliação e resposta ao tratamento do câncer, foram criados instrumentos de avaliação para mensurar a qualidade de vida do paciente a partir de parâmetros importantes como nível de atividade física, sintomas da doença e grau de assistência necessária. Além disso, quando se avalia um paciente, consegue-se uma monitorização melhor sobre a tolerância e a resposta ao tratamento, auxiliando na definição e no aprazamento da terapêutica empregada, que desempenham várias funções para proporcionar o melhor atendimento das necessidades do paciente (SOARES, 2011).

O índice de performance de Karnofsky descreve os níveis crescentes de atividade e independência com valores que variam de 0 a 100. Zero indica morte e 100, o nível normal de desempenho físico e aptidão para realizar atividades normais. É o instrumento mais utilizado no prognóstico da terapia de câncer por tratar-se de medida do rendimento para classificação da habilidade de uma pessoa para desempenhar atividades, avaliando o progresso do paciente após um procedimento terapêutico e determinando sua capacidade para terapia (CASTÔR et al., 2019).

A escala de performance status de Karnofsky foi desenvolvida nos anos de 1940, para pacientes com câncer como um meio objetivo de documentar o declínio clínico do paciente, avaliando sua capacidade de realizar determinadas atividades

básicas. Permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas, útil para a tomada de decisões clínicas e para valorizar o impacto de um tratamento e a progressão da doença. Escore 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os seis meses seguintes (PEREIRA et al., 2014).

A maioria dos pacientes com escala Karnofsky inferior a 70% tem indicação precoce de assistência de Cuidados Paliativos. Performance de 50% nessa escala indica terminalidade, reafirmando que esses são pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, a menos que exista um ganho previsivelmente benéfico em sustentar terapia para a doença de base, que seja simultaneamente disponível e possa ser tolerado (CARVALHO; PARSONS, 2012).

É necessário entender profundamente o manejo clínico do paciente com câncer, principalmente no que se refere às características que contribuem para a manutenção e melhora da qualidade de vida (CARVALHO; PARSONS, 2012). A mensuração de Qualidade de Vida (QV) do paciente oncológico, nos dias atuais, é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente. A monitorização dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapêutica são aspectos importantes para a elevada QV dos pacientes (MACHADO; SAWADA, 2008).

O diagnóstico do câncer implica não somente a descoberta das alterações teciduais já instaladas, mas, muitas vezes, mudanças psíquicas e comportamentais naqueles que o carregam. Podem surgir também complicações recorrentes, como fraqueza muscular, náuseas, vômitos, alterações cardiovasculares e respiratórias, e as mais incapacitantes delas: a dor e a fadiga. Toda essa combinação pode levar aos sentimentos de depressão e angústia e causar piora do prognóstico do indivíduo (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012).

Sendo assim, se faz necessário o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

A Fisioterapia oncológica, conquista cada vez mais o seu espaço, desenvolvendo um papel importante nos cuidados aos pacientes por possuir um arsenal abrangente de técnicas que complementam os cuidados dos pacientes, tanto na melhora da sintomatologia quanto da qualidade de vida, tendo como objetivos principais a

reabilitação biopsicossocial e a recuperação precoce da funcionalidade do paciente (FARIA, 2010).

A avaliação da fisioterapia tem como objetivo definir corretamente os problemas dos pacientes, sendo impossível sem esta desenvolver um tratamento apropriado.

A avaliação da capacidade funcional do paciente oncológico pode permitir a compreensão de fatores tais como expectativa e qualidade de vida, riscos e benefícios de tratamentos e pode auxiliar no desenvolvimento de intervenções para grupos mais frágeis. Identificar as variáveis relacionadas ao perfil da capacidade funcional do paciente com câncer pode ajudar na determinação do prognóstico clínico e funcional após o tratamento (PEREIRA et al, 2014).

Pretende-se com este estudo, traçar a performance dos pacientes oncológicos, segundo a escala de Karnofsky, atendidos pela fisioterapia em um hospital de referência em oncologia do Sul do estado do Espírito Santo, afim de contribuir significativamente na elaboração de planos de cuidados para assistência do doente, facilitando a elaboração de estratégias preventivas.

METODOLOGIA

O plano de pesquisa foi elaborado em concordância com as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 CNS/MS. Foi aprovado pelo comitê de ética do comitê do centro universitário São Camilo - São Paulo- UNISC, com nº do parecer (4.231.854). Antes do início da pesquisa, os participantes do estudo receberam todas as informações detalhadas sobre todos os objetivos, hipóteses, justificativas e intervenções propostas, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado pelos autores do projeto de acordo com as recomendações da CNS, Resolução 466/12, permitindo sua participação no estudo.

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, prospectivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado no período de junho a agosto de 2020, no Hospital Evangélico que é um hospital filantrópico, situado no município de Cachoeiro de Itapemirim- ES, no setor de oncologia. O número da amostra foi composta de acordo com a internação hospitalar, tendo um total de 89 pacientes,

obedecendo os seguintes critérios. Critérios de inclusão: estar sob tratamento, internado no setor de oncologia, ter fisioterapia prescrita, aceitar o atendimento e concordar em participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de exclusão: os pacientes que não aceitaram a fisioterapia, que não estiveram internados no setor de oncologia, não assinaram o TCLE ou que não tiveram prescrição de fisioterapia, pacientes pediátricos (por não fazer parte do serviço hospitalar) ou pacientes considerados incapazes e sem tutor legal como acompanhante.

A pesquisa foi desenvolvida através de uma escala de desempenho de Karnofsky (KPS), utilizada para avaliar o nível funcional e sua evolução com o tratamento de pacientes oncológicos. É um questionário validado e utilizado para descrever o perfil da população com câncer. A KPS classifica os pacientes de acordo com o grau de suas aptidões e deficiências funcionais, utilizada para comparar a eficiência da utilização de diferentes terapias e possibilita determinar o prognóstico individual para cada paciente. A escala consiste em onze pontos variando de 0 a 100, onde, quanto menor a pontuação pior a expectativa de recuperação da enfermidade ou retorno as atividades normais.

A pesquisa contou também com uma ficha de avaliação que foi elaborada pela pesquisadora do projeto, que contém dados pessoais, histórico da doença, principais queixas de internação e tratamentos prévios da doença, afim de conseguirmos traçar um perfil dos pacientes internados.

Foi realizado em forma de entrevista com o paciente, e em consulta ao prontuário. É importante as duas formas de avaliação, uma vez que para traçar o perfil de karnofsky o paciente precisa ser avaliado fisicamente pelo examinador, e afim de complementar as informações, realizar a consulta ao prontuário.

Antes da avaliação e aplicação da escala e coleta de dados, os pesquisadores explicaram os objetivos deste estudo para os pacientes, assim como os riscos e benefícios, itens estes que estão no Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi lido e esclarecido caso houvesse necessidade pelos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da pesquisa analisamos os dados de 89 pacientes que estão descritos na tabela 1. O Número (N) de participantes foram de 89 pacientes, sendo 49 do sexo feminino e 40 do sexo masculino internados na oncologia nos meses de junho a agosto de 2020 atendendo aos critérios da pesquisa.

TABELA1 – Perfil clínico e educacional dos pacientes submetidos a pesquisa

NÚMERO DE PARTICIPANTES (N)	89
SEXO	
FEMININO	49
MASCULINO	40
IDADE MÉDIA	60
ESTADO CIVIL	
CASADO	60
SOLTEIRO	22
DIVORCIADO	2
VIÚVO	5
TABAGISMO	
SIM	33
NÃO	56
ETILISMO	
SIM	33
NÃO	56
ESCOLARIDADE	
ENSINO FUNDAMENTAL	28
ENSINO MÉDIO COMPLETO	16
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	11
ANALFABETO	3
INFORMAÇÃO NÃO DISPONIVEL	30
PROFISSÃO	
DO LAR	27
LAVRADOR	24
APOSENTADO	13
OUTROS	25
RESIDÊNCIA	
CACHOEIRO	31
ALEGRE	7
MARATAIZES	6
VARGEM ALTA	6
CASTELO	5
OUTROS	34

Fonte: O Autor (2020)

Observamos que a média de idade dos pacientes foi de 60 anos, portanto uma média elevada. Esse fato corrobora com o estudo de Silva e Riuli (2012) que relacionam a idade como fator de risco para o desenvolvimento do câncer

O estado civil dos pacientes, é seguido por 60 participantes casados, 22 solteiros, 2 divorciados e 5 viúvos.

Quanto a influência do estado civil para obtenção por cuidados em saúde, estudos mostram que homens casados ou com companheiras têm maior prevalência de consultas médicas (TRIGUEIRO et al, 2014).

Embora um dos principais hábitos como tabagismo e etilismo contribuam para o câncer, os resultados obtidos demonstram que os pacientes apresentaram uma baixa prevalência, sendo 33 de tabagistas e etilistas ativos e 56 que não possuem esses hábitos de vida.

Complementando os resultados, o grau de alfabetização é um fator que interfere na realização do cuidado e tratamento. Obteve-se então pelo grau de escolaridade, 28 pacientes de ensino fundamental, 16 de ensino médio completo, 11 de ensino médio incompleto, 3 analfabetos e 30 com informações indisponíveis.

A escolaridade foi uma variável difícil de ser analisada devido à grande quantidade de dados não informados (n = 30). No entanto, a escolaridade da população atendida se descreve em que a maioria tinha fundamental completo, demonstrando que a amostra estudada tem baixo grau de escolaridade.

Em relação a profissão dos pacientes da pesquisa, pela maioria ser do sexo feminino, 27 são do lar, 24 lavrador, 13 aposentados e 25 em outras profissões.

Conforme a profissão dos participantes, obtém-se um número maior de mulheres que trabalham em casa, que são do lar, atualmente tanto as mulheres como os homens ocupam os mais diferentes papéis, mas nem sempre foi assim, antigamente o destino primordial da mulher era o de ser mãe e esposa, educadora das gerações do futuro e pilar de sustentação do lar (BRUZAMARELLO et. al, 2019).

Em 1943, tivemos um grande avanço na edição de normas protetivas à mulher, que foi a (Consolidação das Leis Trabalhistas), solidificando todas as matérias relativas ao trabalho, e, claro, o exercício da atividade empregatícia da mulher (PEREIRA, SANTOS, BORGES, 2005).

Finalizando a tabela 1, trazemos sobre a residência dos pacientes, onde o maior número reside em Cachoeiro de Itapemirim, seguido de cidades vizinhas, isso porque o hospital em estudo é referência em oncologia no sul do estado do espírito santo e está localizado na referida cidade.

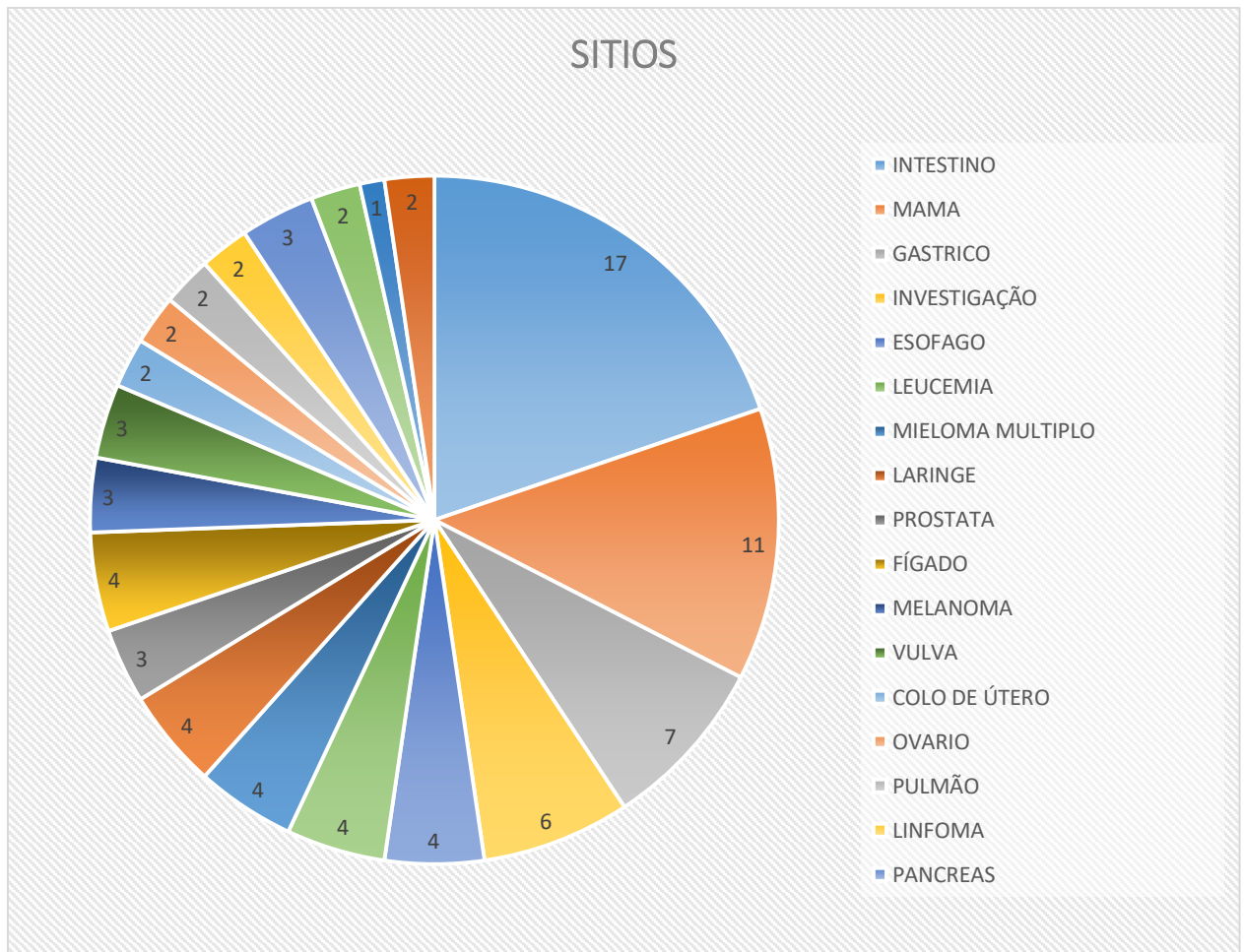
A tabela mostra que, além das faixas etárias mais elevadas, há mais dados sobre a população feminina brasileira. Essa característica representa o chamado processo de envelhecimento feminilizado, que pode ser explicado pela maior mortalidade masculina do que feminina e pelo aumento da procura e utilização de serviços de saúde pelas mulheres (SANTOS et al., 2017).

Tal evidência também pode estar relacionada ao modelo naturalizado de masculinidade em que o corpo masculino é visto como resistente e forte para o trabalho, capaz de enfrentar qualquer dificuldade para desempenhar sua função de mantenedor da família, ocasionando demora na identificação de suas necessidades e retardo na busca por cuidados de saúde (TRIGUEIRO et al., 2014).

A baixa escolaridade dos pacientes é compatível com a escolaridade média da população brasileira da mesma faixa etária, o que é preocupante, pois a relação entre baixa escolaridade e queda da qualidade de vida está relacionada à diminuição do acesso aos serviços de saúde para a mesma população (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

A Tabela 2 Descreve um panorama entre o sitio primário oncológico e a quantidade de indivíduos acometidos pela patologia.

TABELA 2- Sítios primários oncológicos dos pacientes submetidos a pesquisa.



Fonte: O Autor (2020)

Em relação aos tipos de neoplasias, as mais prevalentes foram a de intestino, dentre elas o reto, delgado, sigmoide e anorretal, com um N=17, seguidas pelos tumores de mama, com um N=11, logo depois o câncer gástrico com N=7, 6 que ainda estão em investigação, 4 de esôfago, 4 de leucemia, 4 de mieloma múltiplo, 4 de laringe, 4 de fígado, 3 de próstata, 3 melanoma, 3 de vulva, 3 de pâncreas, 2 de colo de útero, 2 de ovário, 2 de pulmão, 2 de linfoma, 2 base de língua, 2 de sítio primário desconhecido e 1 de sistema nervoso central.

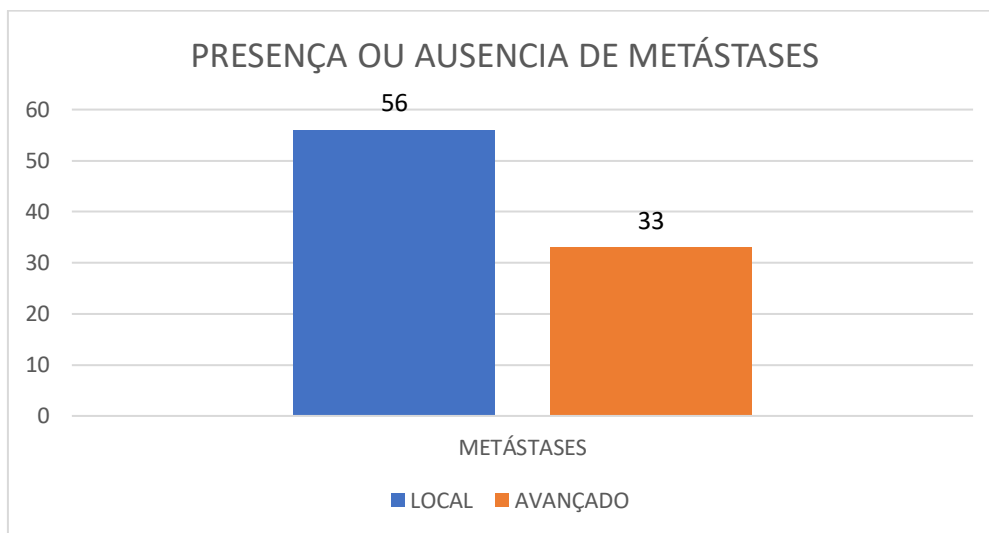
O câncer de intestino se destaca na enfermagem devido a cirurgia que é bem recorrente e ao tipo de Quimioterapia, pois o protocolo utilizado precisa de internação.

Durante o período do estudo, os tumores intestinais, mamários e gástricos foram os mais recorrentes. Estima-se que o câncer de mama e de intestino sejam a segunda e a terceira doenças mais comuns no mundo (BRAY et al., 2018).

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS) aprovou dados de pesquisas internacionais, apontando que os seis tipos de câncer mais comuns na população mundial são câncer de pulmão, câncer de mama, câncer colorretal, câncer de próstata, melanoma cutâneo não canceroso e estômago, a maior taxa de mortalidade ocorre no pulmão, intestino e estômago (OPAS / OMS, 2018).

Embora muitos pacientes que internam ainda não sabem da existência da neoplasia, alguns casos são descobertos em estágio avançado. Na tabela 8, apresenta a presença ou ausência de metástases das neoplasias dos pacientes da pesquisa, onde 33 pacientes já tem metástase e 56 somente o câncer inicial.

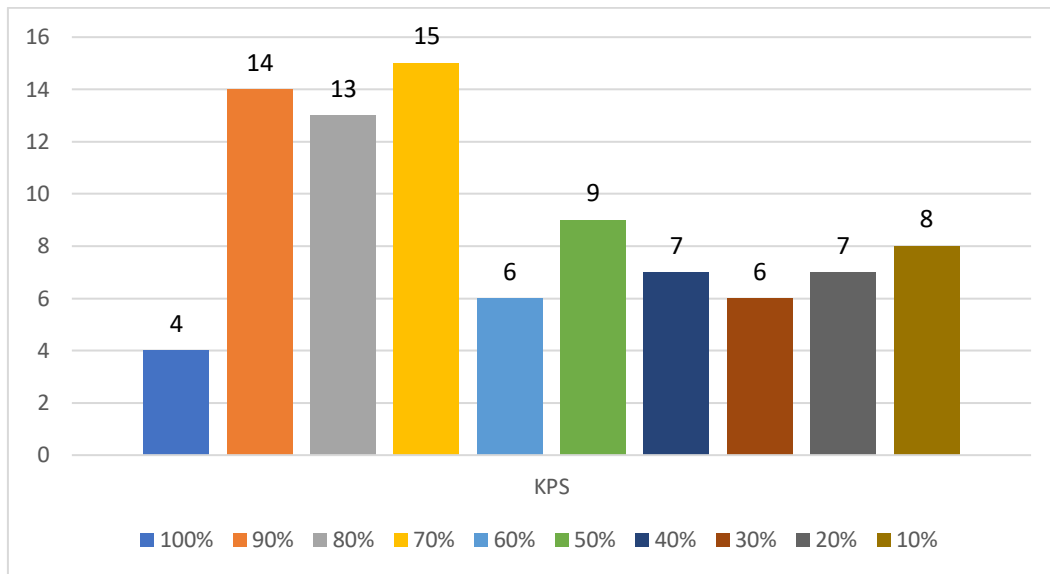
TABELA 3- Presença ou ausência de metástases das neoplasias dos pacientes da pesquisa.



Fonte: O Autor (2020)

Geralmente, qualquer tipo de tumor maligno pode produzir metástases. Alguns são mais propensos a metástases ósseas (como câncer de próstata e mama), enquanto outros são mais propensos a metástases hepáticas (como câncer de cólon e câncer de estômago). Em levantamento, os dados mostraram que 44% dos casos de câncer de mama que chegaram ao SUS (Sistema Único de Saúde) em 2017 entraram no estágio 3 ou 4 o estágio mais avançado e que em que 60% dos casos de câncer de mama que chegam ao hospital já estão em estágio avançado (INCA, 2018).

Na tabela 4, representamos a escala de Karnofsky (KPS), dos pacientes que foram internados durante o tempo da pesquisa.

TABELA 4 - KPS dos Indivíduos da pesquisa

Fonte: O Autor (2020)

Obtivemos com maior numero o KPS de 70% (Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar e seguir com atividades normais) com N=15, seguido de 90% (capacitado para atividades normais, pequenos sinais e sintomas) com N=14, 80% (Atividade normal com esforço, alguns sinais e sintomas da doença), com N= 13, 50% (requer ajuda considerável e frequente assistência medica ou especializada) com N=9, 10% (processo de fatalidade progredindo rapidamente) com N= 8, 20% (Muito doente, admissão hospitalar é necessária, necessitando de cuidados intensivos) com N=7, 40% (incapacitado requer cuidado especial e assistência) com N=7, 30% (Severamente incapacitado, admissão hospitalar é necessária, mas a morte não é iminente) com N=6, 60% (Requer ajuda ocasional, porem apto a cuidar de suas necessidades pessoais) com N=6 e 100% (Normal, nenhuma queixa, nenhuma evidencia da doença) com apenas 4 pacientes.

A maioria dos pacientes então, tiveram um KPS entre 70% a 90%. O paciente que possui uma Escala de Performance de Karnofsky menor que 70% é portador de uma doença avançada e progressiva.

Baseado nos resultados, podemos ter a sugestão de que o diagnóstico oncológico é potencialmente o redutor de capacidade funcional, visto que poucos pacientes tinham KPS 100% (N=4), de 89 pacientes. Isso é preocupante pois para começar ou dar continuidade ao tratamento oncológico, o paciente tem que ter uma boa performance, o que irá também influenciar no tipo do tratamento.

TABELA 5- KPS relacionado aos principais sítios tumorais.

	INTESTINO	MAMA	MIELOMA MULTIPLA	PROSTATA	PULMÃO	SITIO PRIMARIO DESCONHECIDO	INVESTIGAÇÃO
10%	0	2		1		1	
20%		1		1	1	1	
30%		1	2				
40%		1	1				
50%		2			1		2
60%	1						
70%	6	2	1				
80%	6	2					1
90%	2						3
100%	2						
TOTAL	17	11	4	2	2	2	6

Fonte: O Autor (2020)

Na tabela 5, identificamos os principais sítios tumorais oncológicos, sendo o de intestino, mama, mieloma múltiplo, pulmão, sitio primário desconhecido e neoplasias em investigação.

Na neoplasia de intestino, temos 17 pacientes, sendo um N=6 com KPS de 70%, N=6 com KPS de 80%, N=2 com KPS de 90%, N=2 com KPS de 100%, N=1 com KPS de 60%.

Na neoplasia de mama, temos um total de 11 pacientes, sendo um N=2 com KPS de 80%, 70%, 50% e 10%, e um N=1 de pacientes com KPS de 40%,30% e 20%.

No mieloma múltiplo, temos 4pacientes da pesquisa, sendo N= 2 com KPS de 30% e um N=1 com KPS de 70% e 40%.

O câncer de próstata, somente um N=2, sendo um KPS de 20% e outro de 10%.

O sitio primário desconhecido, também com 2 pacientes em questão, sendo um KPS baixo de 20% e outro de 10%.

Finalizando a tabela, trazemos as neoplasias em investigação durante o tempo da pesquisa, que somam 6 pacientes, sendo 3 com KPS de 90%, 2 com KPS de 50% e 1 com KPS de 80%.

Baseado nos resultados, observa-se que o câncer, quando já instalado, pode reduzir a capacidade funcional, visto que pacientes ainda em investigação tem KPS

menor do que pacientes que já estão em tratamento, como o de intestino. O que explica isso, pode ser vários fatores, inclusive, a detecção precoce do Câncer, planejamento e início do tratamento e os atendimento que o paciente estava tendo com a equipe multidisciplinar, destacando a fisioterapia, que é um marcador de melhora da função ou de retardo na diminuição da performance do paciente.

Câncer de Intestino: Em geral, as mulheres têm um risco ligeiramente menor de câncer colorretal ao longo da vida do que os homens; os homens representam cerca de um em 23 (4,4%) e as mulheres cerca de uma em 25 (4,1%). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que, no triênio 2020/2022, o Brasil diagnosticará 41.010 novos casos de câncer colorretal a cada ano (20.540 homens e 20.470 mulheres) (INCA, 2020).

Câncer de mama: O câncer de mama é a doença com maior incidência de mulheres no mundo, respondendo por 24,2% do total de casos em 2018, com aproximadamente 2,1 milhões de novos casos. É a quinta causa de morte por câncer (626.679 mortes) e a causa mais comum de morte por câncer em mulheres (INCA, 2020).

Mieloma múltiplo: O mieloma múltiplo é responsável por 1% de todos os tumores malignos e 10% a 15% dos cânceres hematológicos. No entanto, apesar da baixa prevalência na população, a taxa de letalidade do mieloma múltiplo é alta, com cerca de 50% dos casos causando cerca de 20% das mortes por cânceres do sistema sanguíneo (None et al., 2018).

Próstata: No Brasil, o câncer de próstata é a segunda doença mais comum em homens. Em comparação com os países em desenvolvimento, os países desenvolvidos apresentam uma incidência maior. Comparado com qualquer outro tipo de câncer no mundo, é considerado o câncer da terceira idade, pois cerca de 75% dos casos no mundo começam aos 65 anos. Estimativa de novos casos: 65.840 (INCA, 2020).

Pulmão: o câncer de pulmão é a segunda doença mais comum entre homens e mulheres. Quer se trate de morbidade ou mortalidade, este é o primeiro caso no mundo desde 1985. Cerca de 13% de todos os novos casos de câncer são câncer de pulmão. A taxa de sobrevivência relativa de cinco anos para câncer de pulmão é de 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Apenas 16% dos cânceres

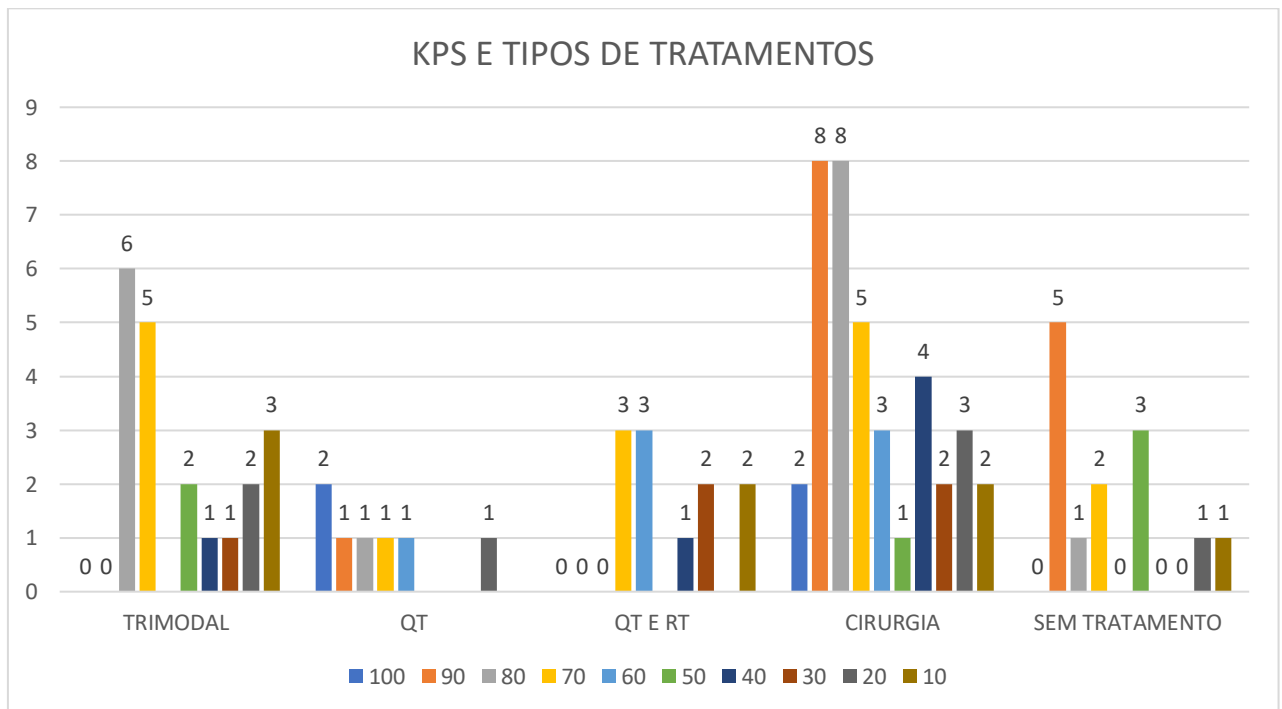
(cânceres locais) são diagnosticados precocemente e sua taxa de sobrevida em cinco anos é de 56% (INCA, 2020).

Sítio primário desconhecido: os tumores com sítio primário desconhecido representam cerca de 3% a 5% de todos os tipos de câncer e são uma das seis principais causas de morte nos países ocidentais. Pode ser considerada uma doença órfã porque geralmente é diagnosticada com base na metástase, e muitos pacientes ainda não encontraram o tumor primário. O prognóstico é ruim porque o câncer já está em um estado metastático (BRETAS et al., 2013).

Investigação: Os pacientes que são admitidos com câncer em investigação, tiveram um KPS maior, isso porque já haviam sido admitido no hospital com mínimos sintomas da doença. Quando o câncer é descoberto em estágio inicial, o prognóstico desses pacientes serão melhores e os tratamentos serão mais eficazes.

O tratamento do câncer começa com um diagnóstico correto, o que requer a participação de laboratórios confiáveis e pesquisas de imagem. Devido à sua complexidade, o tratamento deve ser realizado em centros especializados, incluindo três métodos principais: quimioterapia, cirurgia e radioterapia.

TABELA 6 - KPS e os tipos de tratamentos dos pacientes submetidos a pesquisa



Fonte: O Autor (2020)

Observa-se na tabela 6, que a grande maioria dos pacientes realizaram tratamentos tradicionais na área oncológica, com o objetivo principal de aumentar a sobrevida com uma menor morbidade.

Em relação ao tratamento ao qual os pacientes foram submetidos, o mais frequente foi a cirurgia oncológica. Podemos destacar analisando a tabela 11, que 38 pacientes submeteram a cirurgia neoadjuvante, 20 pacientes ao tratamento trimodal, que consiste em quimioterapia, radioterapia e cirurgia, 11 pacientes com tratamento de quimioterapia e radioterapia, 7 pacientes com somente a quimioterapia e 13 que não haviam nenhum tratamento oncológico.

Com base nos dados, pode-se perceber que a cirurgia oncológica isoladamente, obtém um total de 38 pacientes, sendo 23 com um KPS acima de 70%, e 15 pacientes abaixo de 70%. No tratamento Trimodal, com um total de 20 pacientes, 12 estão acima de 70% e 8 abaixo de 70%.

Pacientes em somente quimioterapia totalizam 7, onde 5 estão acima de 70% e 2 abaixo de 70%.

Quimioterapia e radioterapia com 11 pacientes, sendo 3 acima de 70% e 8 abaixo de 70%.

E 13 pacientes sem tratamento, onde 8 estão acima de 70% e 5 abaixo de 70%.

Destaca-se o KPS de 70%, pois este marcador é indicativo de indivíduo portador de doença grave, avançada ou progressiva, acompanhada de prognóstico ruim.

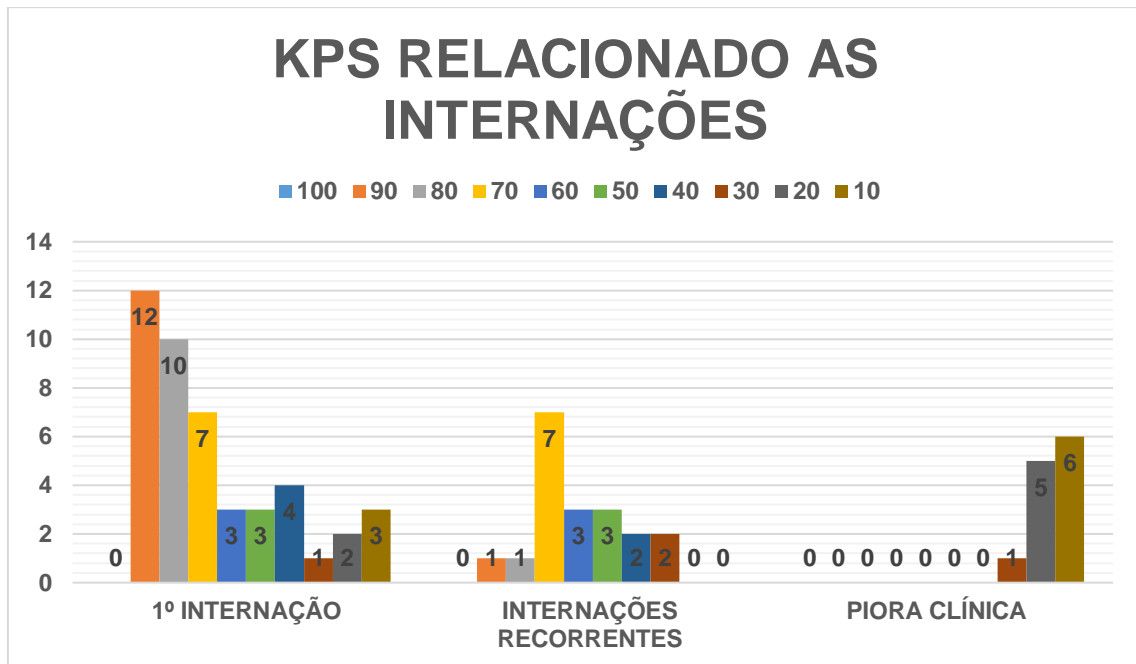
Vale destacar, diante dos dados expostos, a cirurgia oncológica como o tratamento com a maior parcela de indivíduos com o KPS igual ou superior a 70%, tal fator está associado as condições físicas que o indivíduo deve possuir para ser eleito a tal tratamento. Em segundo lugar, destaca-se o tratamento trimodal, com uma considerável parcela de indivíduos com KPS igual ou superior a 70%, isso traduz a necessidade de o KPS alcançar estes valores para o indivíduo ser submetido as linhas de tratamento citadas.

Destacamos também os pacientes que foram internados e que ainda não tiveram tratamento definido. Com um total de 13 pacientes, 8 estão acima de 70% e 5 abaixo de 70%, as escolhas terapêuticas para o paciente serão baseadas na performance desse paciente. O planejamento do tratamento considera o tipo de

câncer, incluindo sua localização, seu estágio, suas características genéticas, bem como características específicas da pessoa sendo tratada, como a capacidade funcional – performance status do paciente (INCA, 2020).

Mesmo quando a cura é impossível, os sintomas de câncer podem ser, muitas vezes, aliviados com um tratamento que melhore a qualidade de vida e a sobrevida (terapia paliativa).

TABELA 7 – KPS relacionado as internações dos pacientes submetidos a pesquisa



Fonte: O Autor (2020)

A tabela 7, com resultados relevantes para a pesquisa, confirma a hipótese inicial do trabalho de que após a aplicação da escala de performance de Karnofsky, encontraríamos resultados maiores como de 80% a 100% em pacientes que são internados pela primeira vez ou somente para os primeiros ciclos de infusão de quimioterapia. Resultados menores, porém com um índice intermédio de 50% a 70% em pacientes que mantêm reinternações sintomáticas e últimos ciclos de quimioterapia, e pequena expressão de pacientes com índice entre 10% a 40% em cuidados de terminalidade

Em primeira internação dos pacientes incluem: investigação, primeiros ciclos de QT, cirurgias oncológicas, e início dos sintomas, temos um KPS mais elevado de 100% a 70% com 29 pacientes, e um KPS inferior a 60% com 16 pacientes.

As internações recorrentes incluem: finais dos ciclos de QT, progressão de doença, complicações do pós cirúrgico, onde se obteve um KPS entre 100% a 70% com 9 pacientes e, abaixo de 60% com 10 pacientes.

A piora clínica inclui: pacientes em cuidados de terminalidade, com progressão total da doença, que corrobora com a hipótese da pesquisa. Onde os pacientes que foram internados tem um KPS abaixo de 30% com 12 pacientes e nenhum acima de 30%.

Estudos têm demonstrado que a maioria dos pacientes com câncer necessita de pelo menos um atendimento emergencial durante o desenvolvimento e tratamento da doença (GABRIEL J, 2012). Como sabemos, novas estratégias têm sido adotadas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Em hospitais, ambulatórios, serviços de urgência e emergência ou atenção primária, profissionais bem treinados são necessários para prestar uma assistência de qualidade (BOAVENTURA AP et al., 2015; MIRANDA ML et al., 2016).

Por ser o câncer uma doença multifatorial, seus sintomas são inespecíficos e podem ser confundidos com outros problemas de saúde, aumentando, assim, a conexão entre sintomas, diagnóstico e tratamento. Porém, neste estudo, foram avaliados apenas dados de pacientes com diagnóstico de câncer, de forma que os sintomas dessas pessoas foram semelhantes aos encontrados na literatura, como dor, náusea, fadiga, disfagia, astenia e hiporexia relacionados à progressão da doença (OLIVEIRA JM et al., 2018).

Em um estudo realizado por Costa et al., 2017, foi evidenciada diminuição de todas as funcionalidades após o primeiro ciclo da Quimioterapia. Foi utilizado a escala de performance de Karnofsky que pode observar que no primeiro dia 26,4% não apresentavam queixa, porém, essa média diminuiu para 11,3 % logo após a primeira infusão de Quimioterapia. Em relação à avaliação global da Karnofsky pode-se perceber que no primeiro dia do ciclo para o segundo ciclo, houve uma piora significativa no que diz respeito ao comprometimento funcional dos pacientes.

No decorrer do desenvolvimento das doenças incuráveis, a capacidade funcional é gradualmente perdida, o que afeta a independência do trabalho diário e a autonomia pessoal. A perda de função é um dos principais sintomas usados no prognóstico da doença e pode ser avaliada por uma variedade de ferramentas (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A baixa pontuação da Escala de Desempenho de Karnofsky está intimamente relacionada à morte em um curto período de tempo. A melhora do índice pode estar relacionada a uma melhor resposta ao tratamento, resultando em um índice objetivo do efeito da intervenção (PEREIRA; SANTOS; SARGES, 2014).

Os benefícios de se avaliar os pacientes oncológicos pela Escala de Karnofsky é contribuir significativamente na elaboração de planos de cuidados para assistência do doente, facilitando a elaboração de estratégias preventivas. Este estudo demonstra a importância de um novo olhar dos profissionais da equipe multidisciplinar frente às incapacidades dos pacientes (CARDOSO et al, 2013).

Nesse contexto, torna-se importante determinar o papel de cada profissional no âmbito da equipe multiprofissional. Ao fisioterapeuta cabe traçar o plano de tratamento a partir do grau de dependência e funcionalidade do paciente, oferecendo suporte para uma vida mais ativa e com menor impacto em sua qualidade de vida (GOMES; SANTOS, 2016).

Cada vez mais se faz necessária a atuação da fisioterapia nos pacientes oncológicos, do ponto de vista do tratamento e da prevenção, para minimizar os efeitos da cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

É preciso considerar o caráter preventivo e antecipar possíveis complicações para evitar sofrimentos desnecessários. O benefício a ser buscado é a preservação da vida e o alívio dos sintomas, dando oportunidade, sempre que possível, para a independência funcional da paciente. A reinserção em suas atividades de vida diária é importante para restaurar a autoestima. Ao contribuir efetivamente para a retomada da atividade física, a fisioterapia pode colaborar para a conquista da autoestima pela paciente, para a aceitação de si própria, de seus limites e possibilidades funcionais (FARIA et al, 2010).

Os Pacientes com o KPS reduzido, abaixo de 50% são incapazes de realizar qualquer atividade de trabalho, ficam confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado, realizam os auto-cuidados básico e podem ficar totalmente confinado ao leito (KARNOFSKY; BURCHENAL, 1949).

O prolongamento no leito gera o imobilismo, que causam efeitos deletérios para o nosso organismo, como a diminuição da tolerância ao ortostatismo, aumento da frequência cardíaca, redução da capacidade vital, alteração da

ventilação/perfusão, diminuição da massa muscular, redução da força muscular, entre outros efeitos (DUARTE et al. 2020).

A fisioterapia tem como objetivo manter a amplitude de movimento articular, prevenir ou minimizar grandes retrações musculares e manter ou aumentar a força muscular e a função física do paciente reduzindo complicações, incluindo uma variedade de exercícios terapêuticos que previnem fraquezas musculares, deformidades, permite uma melhor oxigenação e nutrição dos órgãos internos, melhora da função respiratória, redução dos efeitos adversos da imobilidade, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico (ALBUQUERQUE, 2012).

CONCLUSÃO

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade que tem como objetivo preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico.

A fisioterapia precoce tem como objetivo prevenir complicações que poderão ocorrer caso não se tenha o adequado conhecimento dos fatores prognósticos. A prevenção de complicações deve estar presente em todas as fases do câncer: no diagnóstico; no tratamento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. No decorrer do tratamento, objetiva-se a adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para a paciente.

Hoje, duas condições dominam o tratamento do câncer: de um lado, a cura completa, sem sequelas físicas e / ou funcionais, de outro observa-se a necessidade de um tratamento mais agressivo, o que pode deixar óbvias limitações. No segundo caso, é necessária a participação ativa de uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e nutricionistas. Mas é importante que a equipe médica esteja preparada para o diagnóstico e intervenção precoce.

O Hospital, cenário desta pesquisa, possui a enfermaria de oncologia, porém diante das intercorrências e emergências advindas do câncer, faz com que a internação seja necessária para seu controle e estabilização do paciente, por isso

está sendo implementado no local, um hospital somente do câncer, para melhorar a hospitalização e os cuidados do doente.

Concluindo a pesquisa, o paciente possuidor do diagnóstico oncológico, já possui fator redutor de performance, e uma terapia bem indicada pode melhorar o KPS dos pacientes. Então o planejamento dos cuidados e a atuação da equipe multidisciplinar, permite melhorar a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes no hospital do estudo.

Uma sugestão para próximas pesquisas futuras, é avaliar o tempo de declínio ou manutenção funcional dos pacientes com diagnóstico precoce e acompanhados de fisioterapia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. G., et al. The influence of early mobilization in length of stay in the Intensive Care Unit. **ASSOBRAFIR Ciência**. Ago;3(2):31-42, 2012.

BECK, Jéssica Luíza, COGO, Silvana Bastos, EBERHARDT, Thaís Dresch; REISDORFER, Ariele priebe et al. Caracterização das pessoas com doença hemato-oncológica atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Esc. Anna Nery** vol.23 no.3, 2019.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer **journal for clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

BRETAS, Gustavo de Oliveira et al. Epidemiologia e análise de sobrevida de pacientes com melanoma metastático de sítio primário conhecido e desconhecido. **Rev Med Minas Gerais**, V. 23, p. 28-33, 2013.

BRUZAMARELLO, Diogo Bruzamarello; PATIAS, Naiana Dapieve; CENCI, Cláudia Mara Bosetto. Ascensão profissional feminina, gestação tardia e conjugalidade . **Psicol. estud.**, v.24, Ed.4, p.1860, 2019.

CARVALHO, Alan; FIGUEIREDO, Luis Filipe. Evidências da abordagem neurocirúrgica para o tratamento de metástases encefálicas: overview de revisões sistemáticas. XXXIII Jornada Científica do Internato Médico. Anais./ Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Teresópolis: UNIFESO, 2019.

CARVALHO, Ricardo Tavares; PARSONS, Henrique Afonseca .**Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), 2ª EDIÇÃO, 2012.

CASTÔR, Karoline Sampaio et al. Cuidados paliativos: perfil com olhar biopsicossocial dentre pacientes oncológicos. **BrJP** , vol.2 no.1 São Paulo, 2019.

DUARTE, A. et al. Força tarefa sobre a fisioterapia em pacientes críticos adultos: diretrizes da associação brasileira de fisioterapia respiratória e terapia intensiva (ASSOBRAFIR) e associação de medicina intensiva brasileira (AMIB). Disponível em: http://assobrafir.com.br/imagens_up/Forca_Tarefa_sobre_Fisioterapia_em_Pacientes_Criticos_Adultos.pdf Acesso em: 05 de DEZ de 2020;

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **Hist. cienc. Saúde**, vol.17, n.1 Rio de Janeiro, 2010.

GARCIA, João Victor Moura; RODRIGUES, Maria Theresa Santiago Ribeiro; LIMA, Rafaela Alves et al. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes oncológicos na unidade de atendimento imediato. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, Vol.26, p. 1-7, 2019.

GOMES, Regina Helena Senff ; SANTOS, Rosane Sampaio. Avaliação da capacidade e comprometimento funcional em pacientes traqueotomizados de um hospital público de Curitiba. **Rev. CEFAC**, vol.18, n.1 São Paulo, 2016.

INCA- Instituto Nacional de Câncer. Material disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acessado em 15 de março de 2020.

Karnofsky DA, Burchenal JH. "The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer." In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press. 1949.

LEVORATO, Gleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.19, no.4, Rio de Janeiro, 2014.

MACHADO, Luciana; SAAD, Ivete Alonso Bredda, HONMA, Helen Naemi Honma, et al. Evolução do status de performance, índice de massa corpórea e distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com câncer de pulmão avançado submetidos à quimioterapia. **J. bras. pneumol**. vol.36, no.5, São Paulo, 2010.

MACHADO, Sheila MarA; SAWADA, Namie Okino. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Rev. enferm**. vol.17 no.4 Florianópolis, 2008.

MELO, Maria do Carmo Barros; SILVA, Nara Lúcia CarvalhO. Urgência e Emergência na Atenção. Primária à Saúde. Belo Horizonte Nescon UFMG 2011.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Rev. Estud. psicol**. vol.17 no.2, 2012.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da Silva. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e

consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol.19, no.3, Rio de Janeiro, 2016.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – Câncer. Brasília (DF); 2018.

PERBONI, Adams Aline Raquel; VAUCHER, Rodrigo. A Evolução da Mulher no Mercado de Trabalho no Brasil. Disponível em: <http://www.faq.edu.br/ecci2013/arquivos/anais/> Acessado em 14 de novembro de 2020.

PEREIRA, Esdras Edgar Batista ; SANTOS, Nadia Barreto; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.5 n.4, 2014

PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SANTOS, Nadia Barreto; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Avaliação da capacidade funcional do paciente onco geriátrico hospitalizado. **Rev. Pan-Amaz Saude**, v.5 n.4, dez. 2014.

SILVA, Pamella Araújo; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília. V. 64, n.6, p. 1016-21, 2011.

SOARES, Wodyson Thiago Escriboni. Parâmetros, considerações e modulação de programas de exercício físico para pacientes oncológicos - uma revisão sistemática. **Rev. Brasil Med. Esporte.** vol.17 no.4 São Paulo July/Aug. 2011.

SUCRO, Livia von et al. Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. **Rev Med Minas Gerais.** V.19, n.1, p. 58-62, 2009.

TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes et al. A influência dos determinantes individuais no retardo do diagnóstico da tuberculose. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1022-31, 2014.