

Fisioter Bras 2017;18(4):533-8

OPINIÃO

Avaliação fisioterapêutica do paciente oncológico hospitalizado

Fabrcio Edler Macagnan, D.Sc.*, Rafael Ailton Fattori, Ft.** , Jordan Boeira dos Santos, Ft.** , Carine Lumi, Ft.** , Priscila De Toni, Ft.** , Adriana Kessler, D.Sc.***

Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Tutor no programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (REMIS) com ênfase em Onco-Hematologia na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), **Fisioterapeuta, Residente no Programa REMIS/UFCSPA com ênfase em Onco-Hematologia, *Professor do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Tutor no programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (REMIS) com ênfase em Onco-Hematologia na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA)*

Endereço para correspondência: Fabrcio Edler Macagnan, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Departamento de Fisioterapia, sala 300B, Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico, 90050-170 Porto Alegre RS, E-mail: fabriciom@ufcspa.edu.br; Rafael Ailton Fattori: rafael.fattori@hotmail.com; Jordan Boeira: jordan.boeir@hotmail.com; Carine Lumi carinelumi@gmail.com; Priscila De Toni: priscidetoni@hotmail.com; Adriana Kessler adrianak@ufcspa.edu.br

O atendimento fisioterapêutico do paciente oncológico é uma tarefa que desafia o conhecimento, principalmente quando se trata em ambiente hospitalar. Recursos tecnológicos de alta complexidade são essenciais tanto para o diagnóstico quanto para o manejo clínico desses pacientes que apresentam grande diversidade de repercussões fisiopatológica, exigindo raciocínio ágil e embasamento teórico sólido e atualizado. Do ponto de vista motor, mais especificamente no âmbito da funcionalidade, a variabilidade de apresentações clinicamente possíveis de serem encontradas neste ambiente é praticamente impossível de ser descrita ou mesmo estimada. Levando em consideração as possíveis combinações entre problemas neuromusculares, musculoesqueléticos, cardiopulmonares há inúmeras possibilidades de prejuízo funcional. É perfeitamente plausível presumir que as alterações da funcionalidade sejam tão variadas que a probabilidade de encontrar padrões definidos seja muito pequena.

Ainda assim, como se não bastasse a enorme complexidade envolvida no atendimento hospitalar, o fisioterapeuta é exigido ao máximo de sua capacidade tendo que acompanhar um grande número de casos ao longo da jornada diária de trabalho. Descontando o tempo dispendido no deslocamento, acesso às informações do prontuário, cuidados com o controle e prevenção de infecções e posterior registro da evolução do tratamento fisioterapêutico, sobra pouco tempo de contato efetivo com o doente. Nas enfermarias onde há alta rotatividade (unidades pós-operatórias), o tempo de internação menor acaba por reduzir o tempo de contato com o paciente.

Desta maneira, fica claro perceber a necessidade da fluidez de raciocínio clínico e alto poder de discernimento investigativo para encontrar com precisão e rapidez a relação denexo causal entre os processos fisiopatológicos e as disfunções orgânicas envolvidas com a limitação do movimento humano. Diante desse panorama, surgem algumas questões importantes: 1) Como avançar de forma efetiva no tratamento da funcionalidade dos pacientes hospitalizados? 2) Como avaliar as reais necessidades funcionais? 3) Com tão pouco tempo para avaliar as demandas dos doentes, como definir e desenvolver adequadamente as condutas terapêuticas mais pertinentes? 4) O que esperar do planejamento da reabilitação funcional?

O que se vê hoje em dia vai na contramão do processo de qualificação da atuação fisioterapêutica. Na verdade, o constante detrimento da qualidade em prol da quantidade de atendimentos, pouco valoriza o processo da reabilitação funcional que, geralmente, conta com escassos recursos físicos/tecnológicos além de ser extremamente mal remunerado. Os gestores dos serviços de fisioterapia hospitalar normalmente precisam administrar, com muita eficiência, os altos gastos envolvidos nos encargos trabalhistas, operando muitas vezes com déficit financeiro e muita insatisfação da equipe. Fatalmente, essa indesejada realidade, tanto

estrutural quanto funcional, acaba reduzindo o interesse dos fisioterapeutas em trabalhar no ambiente hospitalar.

Na tentativa de melhorar o processo de avaliação e, dessa forma, a estruturação do programa de reabilitação do paciente oncológico hospitalizado é perfeitamente cabível a utilização de instrumentos que facilitem a comunicação entre teoria e prática. Em função disso, estamos propondo um modelo de avaliação de estruturas e funções corporais que elenca as principais informações clínicas envolvidas nas síndromes paraneoplásicas assim como os principais efeitos adversos relacionados aos diferentes tratamentos oncológicos (quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e cirurgia). Esperamos que essa proposta de avaliação física funcional em oncologia (AFFO) possa contribuir no processo de avaliação (AV) e reavaliação (R) fisioterapêutica com vistas a fomentar avanço no processo de reabilitação funcional do paciente oncológico hospitalizado.

Fisioterapia Hospitalar

Avaliação Físico Funcional em Oncologia – AFFO

Nome do paciente:	A V	1 R	2 R	3 R
Leito: _____ Hosp./Setor: _____ Ano: _____ Dia/Mês: _____				
Capacidade de responder a comandos e colaboração com o atendimento fisioterapêutico				
(1) letárgico/apático/desorientado (2) não responsivo				
Déficit de compreensão: (1) leve (2) moderado (3) severo				
Déficit de comunicação: (1) fala (2) audição (3) ambos				
Colaboração com o atendimento é (1) precária ou (2) inexistente				
Avaliação do Sistema Neurológico				
Comprometimento (1) SNC (2) SN periférico (3) ambos				
(0) flácido (1) hipotonia (2) hipertonia (3) rigidez				
Apresenta (1) plegias (2) paresias				
Alteração na coordenação motora				
Movimentos involuntários				
(1) anestesia (2) hipossensibilidade (3) hipersensibilidade				
Alteração no equilíbrio: (1) dinâmico (2) estático (3) ambos				
Avaliação do Sistema Pulmonar				
Sinais de esforço ventilatório				
Taquipneia/tiragem/batimento de asa de nariz				
Ventilação superficial				
Uso de oxigenioterapia				
Cianose central ou queda da saturação periférica de O ₂				
Dispneia em repouso				
Uso de musculatura acessória grau: (2) visível (3) moderado (4) intenso				
Indícios de obstrução ventilatória				
Na ausculta pulmonar há presença de roncos, sibilos ou crepitanes				
Raio-X compatível com foco de consolidação				
Raio-X compatível com hiperinsuflação				
Imagens de compressão mecânica sobre estruturas traqueobrônquicas				
Broncoespasmo confirmado por resposta à broncodilatador				
Condições de desobstrução				

Higiene brônquica manual: (1) não efetiva (2) não tolerada/contraindicada				
Aspiração contraindicada				
Indícios de restrição ventilatória				
Redução da mobilidade torácica por restrição anatômica				
Limitação ventilatória dor-dependente				
Raio-X: (1)derrame pleural (2) pneumotórax (3) massas compressivas				
Condições de expansão/reexpansão				
(1) pouco efetiva (2) não tolerada (3) contraindicada				
Restrição de posicionamento que favoreça a expansão/reexpansão				
Pressão positiva está contraindicada				
Indício de alteração da relação ventilação/perfusão				
Redução do murmúrio vesicular				
Redução da expansibilidade pulmonar				
Fraqueza da musculatura ventilatória (PI Max <-80 cmH ₂ O)				
Avaliação do sistema cardiovascular				
Indícios de congestão				
(2) dispneia paroxística noturna (2) ortopneia (3) ambos				
Presença de estertores crepitantes na ausculta pulmonar				
RX compatível com congestão pulmonar				
Turgência jugular durante: (1) repouso (2) compressão hepática				
(1) edema de extremidades (2) anasarca				
Indícios de baixo débito cardíaco				
Hipotensão ortostática (1) sem síncope (2) com síncope				
Tempo de enchimento capilar >3 segundos				
Pulsos periféricos (1) tênues (2) não detectáveis				
Extremidades frias e cianóticas				
Alterações vasculares periféricas				
Empastamento, alteração cor, pele seca, perda de pelos, cianose				
Indícios de inflamação vascular (dor, calor, rubor e edema)				
(0) risco de linfedema ou Edema (1) reversível (2) irreversível (3) elefantíase				
Alteração cardiovasculares importantes				
Uso de marca-passo cardíaco transitório ou definitivo				
Parada cardiorrespiratória recente ou uso de CDI				
Fibrilação atrial/taquicardia/pulso irregular sem (1) ou com (2) síncope				
Pico hipertensivo que contraindique o exercício físico resistido				
ECG, cintilografia ou CAT compatível com DAC ativa				
Angina em esforço (2) moderado (3) leve ou em (4) repouso [NYHA]				
Avaliação do sistema musculoesquelético				
Condição clínica compatível com sarcopenia ou caquexia				
Redução de força que limite a ADM, mobilidade e AVDs				
Limitação/restrrição da ADM por (1) dor ou (2) rigidez articular				
Limitação/restrrição da ADM por cicatriz/fibrose de tecido mole				
Deformações congênitas/adquiridas importantes que afetam a mobilidade				
Necessidade de órtese para a realização de AVDs				
Fragilidade/doença óssea metastática com risco de fratura				

patológica				
Cirurgia traumatológica fratura/prótese/correção ósseo-articular				
Ferida operatória com sinais de inflamação/infeção				
Lesão de pele por pressão				
Exames laboratoriais				
Hemoglobina < 7 g/dL				
Plaquetas <20.000/m ³				
Leucócitos < 3.600 uL				
Sódio (1)< 135 (2)>145 mEq/L				
Potássio (1)< 3,5 (2)> 5,0 mEq/L				
Cálcio total (1)< 8,4 (2)> 10,2 mg/dL				
Magnésio (1)< 1,58 (2)> 2,55 mg/dL				
HGT (1) Hipoglicemia (2) Hiperglicemia				
Alteração na função renal: (1) Creatinina > 1,5 (2) Ureia >50 (3) ambos				
Alteração hepática: (1) TGO > 38 (2) TGP > 41 (3) GGT > 50 (4) 2 ou +				
Miscelânea				
(1) inapetência (2) mucosite (3) ambos				
(1) náusea (2) vômito (3) ambos				
(1) constipação (2) diarreia				
Contraindicação para esforço físico: (1) hipertermia ou neutropenia febril (2) doença reumática ativa				
Presença de ascite com importante coleção volumétrica				
Alteração de tecido cutâneo/subcutâneo indutora de dor				
Síndrome de Cushing				

Avaliação mobilidade e independência	
Índice de Katz	
1 – Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo, como costas, genitais ou extremidade incapacitada.	0 – Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
1 – Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	0 – Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
1 – Vai ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	0 – Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.
1 – Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	0 – Necessita de ajuda para sentar/deitar-se e levantar-se da cama ou da cadeira.
1 – Tem completo controle sobre as suas eliminações (urinar / evacuar).	0 – É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou da bexiga.
1 – Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	0 – Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.

Total de pontos					
ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)					
Quanto a performance status o paciente está:					
4	Totalmente confinado ao leito ou poltrona				
3	Confinando ao leito/poltrona em mais de 50% do período de vigília				
2	Ativo em 50% do período de vigília				
1	Restrição para atividades físicas extenuantes				
0	Plenamente ativo				
Escala de Norton (Adaptada)					
O estado físico do paciente está?					
4	Péssimo – As reações estão muito deficientes ou ausentes				
3	Mal – O paciente não se sente bem e alimenta-se mal				
2	Médio – As reações estão letárgicas				
1	Bom – O poder de reação está preservado				
Como está a atividade física do paciente?					
4	Extremamente limitada e não pode ser transferido para a cadeira				
3	Muito limitada, mas pode ser transferido para a cadeira				
2	Limitada, caminha com auxílio				
1	Independente				
Quanto à incontinência, o paciente está					
(1) incontinente às vezes (2) incontinente fecal ou urinário (3) ambos					
Mobilidade					
Passar de decúbito dorsal para sedestação					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
Manter-se sentado no leito					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
Passar de sentado para de pé					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
Manter o equilíbrio estático em ortostase					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
Passar do leito para a cadeira ou vice-versa					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
Consegue deambular					
Assistência: (4)Máxima (3)Moderada (2)Mínima (1)Independente					
TUG (Timed up and go)					
Tempo de execução					
Risco de queda (1)Nenhum (2)Baixo (3)Médio (4)Elevado					
Teste Sentar e Levantar (30 segundos)					
Número de repetições					

AV = avaliação; R = reavaliação; assinala apenas quando a alteração estiver presente; veja que normalmente a ordem crescente da numeração indica pior estado clínico; utilize as informações para construir o raciocínio clínico do atendimento fisioterapêutico.

Referências

1. Vargus-Adams JN, Majnemer A. International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing Rehabilitation. *Journal of Child Neurology* 2014;29(8):1030-38.
2. Finkelstein DM, Cassileth BR, Bonomi PD, Ruckdeschel JC, Ezdinli EZ, Wolter JM. A pilot study of the Functional Living Index-Cancer (FLIC) Scale for the assessment of quality of life for metastatic lung cancer patients. An Eastern Cooperative Oncology Group study. *Am J Clin Oncol* 1988;11(6):630-3.
3. Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group scoring scale and vice versa? *Eur J Cancer* 1992;28A(8-9):1328-30.
4. de Kock I, Mirhosseini M, Lau F, Thai V, Downing M, Quan H, Lesperance M, Yang J. Conversion of Karnofsky Performance Status (KPS) and Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG) to Palliative Performance Scale (PPS), and the interchangeability of PPS and KPS in prognostic tools. *J Palliat Care* 2013;29(3):16.