

Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa

Comparison of Karnofsky Performance Status Scale and Edmonton Symptom Assessment Scale as determinants in Palliative Assistance

Camila Ávila Megda Cabianca¹, Greisy Gisele Menegheti¹, Isabela Coelho Portilho Bernardi¹, Sanderland José Tavares Gurgel¹

Recebido da Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Confrontar a baixa capacidade física do paciente com o número de sintomas apresentados, identificando o melhor momento para iniciar a intervenção paliativa. **MÉTODOS:** Estudo de coorte em uma enfermaria geral de clínica médica com busca ativa por pacientes que necessitariam de assistência paliativa, aplicando a Escala de Performance de Karnofsky e a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. Foram avaliados 98 pacientes, com, no mínimo, 48 horas de internação, no período de 22 a 31 de julho de 2015. **RESULTADOS:** Dentre os pacientes que necessitavam de cuidados paliativos, 21% apresentavam Escala de Performance de Karnofsky de 100% (sem sinais ou queixas e sem evidência de doença) e possuíam uma quantidade superior a cinco sintomas de graduações altas que necessitariam de abordagem. Porém, quando a dependência era acentuada, com Escala de Performance de Karnofsky de 30% (extremamente incapacitado, necessitando de hospitalização, mas sem iminência de morte), os pacientes apresentavam quantidade inferior a cinco sintomas na Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. **CONCLUSÃO:** Quanto maior o grau de independência, maior a quantidade de sintomas e mais expressivas foram as queixas. Seria vantajoso, para o paciente e seus familiares, uma assistência paliativa precoce; pois, se estes sintomas forem corretamente controlados, seria possível viver de uma forma mais digna. Já quando a dependência física é alta, os sintomas tenderam a ser menos expressivos, diminuindo as opções para atingir uma melhor qualidade de vida, justificando também a realização de uma abordagem paliativa logo após o diagnóstico.

Descritores: Cuidados paliativos; Equipe de assistência ao paciente; Algoritmos; Avaliação de estado de Karnofsky; Psicometria/instrumentação; Atividades cotidianas

ABSTRACT

OBJECTIVE: To confront the patient's low physical capacity with their symptoms, identifying the best moment to initiate palliative intervention. **METHODS:** Cohort study in a general clinic infirmary with active search of patients that require palliative assistance, through the application of Karnofsky Performance Status Scale and Edmonton Symptoms Assessment Scale. Ninety-eight patients with at least 48 hours of hospitalization were analyzed from July 22 to 31, 2015. **RESULTS:** Of the patients in need for palliative assistance, 21% had a 100% score in the Karnofsky Performance Status Scale (no signs or complaints; no evidence of disease) and had more than five high-ranking symptoms that would require palliative approach. Nevertheless, when the symptoms were severe, presenting a 30% score in the Karnofsky Performance Status Scale (extremely incapacitated in need for hospitalization, but no imminence of death), patients showed less than five symptoms in Edmonton Symptoms Assessment Scale. **CONCLUSION:** The greater the independency, the more symptoms and more expressive the complaints. An early palliative assistance would be beneficial for the patients and their family, because if those symptoms were correctly controlled, that would allow the patients to live a more decent life. However, when physical dependency is high, the symptoms tend to be less expressive, reducing the options to achieve a better quality of life, what warrants a palliative approach right after the diagnosis.

KEYWORDS: Palliative care; Patient care team; Algorithms; Karnofsky performance status; Psychometrics/instrumentation; Daily activities; Activities of daily living

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são caracterizados por aliviarem o sofrimento e melhorarem a qualidade de vida e de morte. Sabese que a prática paliativa moderna foi originada por Cecily Saunders, que disseminou pelo mundo uma filosofia sobre o

1. Faculdade de Medicina, Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

Data de submissão: 28/06/2016 – Data de aceite: 30/06/2016

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: não há.

Autor correspondente:

Camila Ávila Megda Cabianca

Faculdade Ingá

Rodovia PR 317, 6114

CEP: 87035-510 – Maringá, PR, Brasil

Tel.: (44) 99813-6777 – E-mail: camila_cabianca@hotmail.com

cuidar, contendo elementos fundamentais que prezam o controle efetivo da dor e de quaisquer outros sintomas decorrentes dos tratamentos na fase inicial e avançada das doenças, além do cuidado abrangendo dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e suas famílias.⁽¹⁾ Desde então, guias e recomendações passaram a estar disponíveis para se estabelecer e implementar, de maneira racional, um programa de cuidados paliativos, praticados por uma equipe multiprofissional com o objetivo de aliviar o sofrimento do paciente portador de uma doença crônica.⁽²⁾

A qualidade de vida assume uma posição central nos cuidados paliativos, com objetivos de promover melhor capacidade funcional, autonomia e participação no cuidado, além de autossatisfação do paciente,⁽³⁾ envolvendo a percepção que o indivíduo tem de sua posição no contexto cultural, no sistema de valores e com relação aos seus objetivos e suas expectativas, além de manter a saúde física, social, psíquica e espiritual.⁽⁴⁾

Desta forma, em consonância com a concepção multidimensional de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos têm servido como parâmetro de avaliação de políticas de intervenções e cuidados, principalmente em populações de alta complexidade, como idosos, doentes crônicos e pacientes criticamente doentes.⁽⁵⁾

Apesar de a terapia paliativa ser demasiadamente indispensável aos pacientes com doenças crônico-evolutivas, evidenciam-se que estes cuidados são poucos divulgados e conhecidos pelos profissionais, dificultando o correto exercício desta prática.⁽⁶⁾ Além disso, há também problemas para identificar o momento correto para iniciar a intervenção paliativa, colaborando para a ausência do exercício correto dos cuidados paliativos.^(2,6)

Neste sentido, para contribuir com a identificação do melhor momento para iniciar a intervenção dos cuidados paliativos, o presente estudo teve como objetivo confrontar a baixa capacidade física do paciente com o número de sintomas apresentados, identificando o melhor momento para iniciar a intervenção paliativa.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de coorte prospectivo em uma enfermaria geral de clínica médica do Hospital Memorial de Maringá (PR), por meio de busca ativa de pacientes que necessitariam de uma assistência paliativa. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ingá (UNINGÁ).

Os critérios de inclusão determinados foram expectativa de vida inferior a 6 meses, Escala de *Performance* de Karnofsky menor que 70% (cuida de si mesmo, porém não é capaz de trabalhar) e portador de uma doença avançada e progressiva.

Os instrumentos utilizados foram aplicação da Escala de *Performance* de Karnofsky e da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS, sigla do inglês *Edmonton Symptom Assessment System*). A Escala de *Performance* de Karnofsky é um instrumento utilizado para avaliar o desempenho dos pacientes por meio da capacidade física e da autossuficiência, com pontuação variando entre 10% a 100%.⁽⁷⁾ A ESAS avalia a presença e a intensidade de diversos sintomas como dor, depressão, ansie-

dade, sensação de bem-estar, entre outros, ou seja, uma avaliação quantitativa e qualitativa dos sintomas.⁽⁸⁾

Após a coleta, todos os dados foram passados para uma tabela de *software* Excel para aplicação da análise estatística.

RESULTADOS

Foram avaliados 98 pacientes, com, no mínimo, 48 horas de internação, no período de 22 a 31 de julho de 2015. Destes, 19 (20%) enquadraram-se em pelo menos um dos três critérios de inclusão para os cuidados paliativos determinados neste trabalho.

Dentre estes pacientes, 58% apresentavam idade superior a 65 anos e 53% eram do sexo masculino. Além disto, a comorbidade mais prevalente foi a doença cardiovascular, a qual se encontrou presente em 100% dos pacientes inclusos nos critérios. A distribuição das comorbidades encontradas está demonstrada na figura 1.

Em relação à comparação entre as escalas, 21% dos pacientes exibiram Escala de *Performance* de Karnofsky de 100% (sem sinais ou queixas e sem evidência de doença) e possuíam uma quantidade superior a cinco sintomas de graduações altas, que necessitariam de abordagem, de acordo com a ESAS.

Já dos pacientes avaliados com uma dependência moderada, ou seja, com Escala de *Performance* de Karnofsky de 70% (cuida de si mesmo, porém não é capaz de trabalhar), 16% eram acometidos por mais de cinco sintomas em graus intensos e 5% sofriam com uma menor quantidade de sintomas.

Porém, quando a dependência era acentuada, com Escala de *Performance* de Karnofsky de 30% (extremamente incapacitado, necessitando de hospitalização, mas sem iminência de morte), os pacientes apresentavam quantidade inferior a cinco sintomas.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar que quanto maior o grau de independência do paciente, maior a quantidade de sintomas e mais expressivas as queixas dos indivíduos que se enquadraram nos critérios para os cuidados paliativos. A fase inicial da

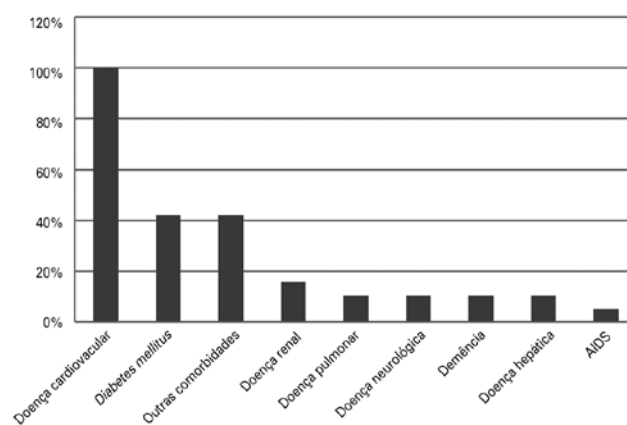


Figura 1. Comorbidades dos pacientes inclusos para os cuidados paliativos.

doença é de extrema importância, uma vez que é o período mais sintomático. A concomitância da abordagem paliativa logo após o diagnóstico da doença com o tratamento curativo é perfeitamente viável, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida.⁽⁹⁾

Desde sempre, é necessário o exercício de cuidados paliativos, visto que pessoas com doenças crônico-evolutivas sempre existiram e necessitam de constante adaptação. A adaptação à doença crônica é relacionada ao modo como ela aparece na vida do sujeito, sendo comuns traços depressivos instalados ou agravados pela doença, relacionados à dependência, à inversão de papéis e a limitações, que, junto do momento de vida do indivíduo, da cultura na qual está inserido e das relações familiares, determinam o modo como a doença é sentida.⁽⁶⁾

Quando separamos a população estudada em relação aos tipos de comorbidades, identificamos que a doença cardiovascular esteve presente em 100% dos pacientes que se enquadraram em pelo menos um dos três critérios de inclusão definidos neste trabalho para a assistência paliativista. As doenças cardiovasculares frequentemente são crônicas e começam na juventude, manifestando-se com maior gravidade geralmente no fim da vida adulta e início do envelhecimento, com frequentes readmissões e piora da qualidade de vida do paciente e seus familiares.⁽¹⁰⁾

É interessante notar que, quando a dependência física era acentuada, ou seja, tratava-se de um paciente extremamente incapacitado e em fase avançada da doença, foi observado um menor número de sintomas. Esta informação indica que o paciente não recebeu a devida assistência paliativa preconizada para o início da doença, ferindo um dos princípios dos cuidados paliativos que possui maior foco de atenção, que é o de promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes ao paciente e sua família, além de diminuir as opções para atingir uma melhor qualidade de vida, ao introduzir tardiamente a abordagem paliativista na vida do indivíduo.⁽¹¹⁾

Neste contexto, discutimos ainda três possibilidades que justificariam a diminuição dos sintomas conforme a progressão das doenças crônico-evolutivas: a atenção dada ao doente, que muitas vezes diminui gradativamente e, assim, os sintomas deixam de ser notados; o paciente não conseguir expressar de maneira correta suas queixas; e/ou o paciente supor que tal sintoma já faça parte de suas características, parecendo algo fisiológico que deixou de ser uma queixa, passando despercebido ao realizar a ESAS.

No que diz respeito à idade dos pacientes vs. os sintomas mais expressivos, os resultados são compatíveis com outros registros na literatura, que afirmam que pacientes com 80 anos de idade ou mais, ou seja, os da quarta idade, apresentam queixas psicológicas, ao invés de priorizarem os domínios físicos e capacidades funcionais.⁽¹²⁾ A população idosa, que apresenta comorbidades crônicas e evolutivas, possui uma maior necessidade dos cuidados paliativos em relação aos domínios psicológicos e sociais, principalmente em relação a atenção familiar.

Apesar de os cuidados paliativos serem considerados de extrema importância para uma melhor evolução clínica das doenças crônicas evolutivas, o Brasil encontra-se na antepenúltima posição em um *ranking* de 40 países que avaliaram tratamentos

paliativos para pacientes em estágio terminal.⁽¹³⁾ No presente estudo, encontramos algumas limitações que confirmariam a atual posição do Brasil neste *ranking* mundial: desconhecimento dos profissionais de saúde perante o verdadeiro significado dos cuidados paliativos; dificuldade na identificação do momento certo para iniciar as práticas deste cuidado; e, particularmente, problemas nas políticas públicas de saúde.⁽¹⁴⁾

Existe a necessidade da intervenção de uma equipe de profissionais adequadamente treinados e experientes na identificação e no controle dos sintomas, de natureza não apenas biológica, com excelente comunicação, a fim de proporcionar não apenas o alívio da dor, mas a prevenção de um sintoma ou de uma situação de crise. Percebe-se também a falta de profissionais de saúde treinados na identificação e aplicação das medidas necessárias.⁽¹⁵⁾ Por isto, a capacitação profissional é fundamental para a abordagem paliativista, com o intuito de favorecer a aceitação, o conforto e a qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

CONCLUSÃO

Nesta coorte prospectiva, destaca-se que o grau de dependência dos pacientes portadores de doenças crônicas evolutivas foi inversamente proporcional ao número e à intensidade dos sintomas.

REFERÊNCIAS

1. Chaves JH, Mendonça VL, Pessini L, Rego G, Nunes R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. *Rev Dor*. 2011; 12(3):250-5.
2. Lustosa AM, Dutra F, Moreira MA, Evangelista CB, Duarte MS, Zaccara AA, et al. Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(3):369-74.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
4. Martins J de J, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ER, Albuquerque GL, Erdmann AL, et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):265-71.
5. Neves RT, Laham CF, Aranha VC, Santiago A, Ferrari S, Lucia MC. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicol Hosp*. 2013;11(2):72-98.
6. de Araújo MM, da Silva MJ, Francisco MC. The nurse and the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *Int Nurs Rev*. 2004;51(3):149-58.
7. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:72.
8. Kaasa T, Wessel J. The Edmonton Function assessment tool: further development and validation for use in palliative care. *J Palliat Care*. 2001;17(1):5-11.
9. Queiroz AH, Pontes RJ, Souza AM, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2615-23.
10. Jurkiewicz R, Romano BW. Coronary artery disease and experience of losses. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(4):352-9.

11. Gade G, Venohr I, Conner D, McGrady K, Beane J, Richardson RH, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized controlled trial. *J Palliat Med*. 2008;11(2):180-90.
12. Almeida AK, Maia EM. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicol Estud*. 2010;15(4):743-50.
13. Lien Foundation. The quality of death: ranking end-of-life care across the world. A report from the Economists Intelligence Unit Commissioned by Lien Foundation [Internet]. 2010. [cited 2012 June 16]. Available from: <http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>
14. da Silva RC, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2055-66.
15. Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-