

ISSN 2526-3951

REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS

VOLUME 2 - NÚMERO 3 | 2018



FACULDADE
CIÊNCIAS MÉDICAS
UMA INSTITUIÇÃO FELUMA

CUIDADO HUMANIZADO NA ÁREA DA SAÚDE

Dr.^a Danelia, Gómez Torres
Prof.^a Doutora da Escola de Enfermagem e Obstetrícia da
Universidade Autônoma do Estado do México, México.

Nós profissionais de saúde estamos tradicionalmente mais vinculados ao humanismo em relação à outras disciplinas, por nossa formação e porque trabalhamos de maneira muito direta com doentes, além de termos que criar contextos que sirvam como pontes para gerar humanismo¹. Em sentido genérico e aplicado à saúde, o humanismo refere-se aos atos de assistência, suporte, ajuda e de conservação que apóiam a pessoa ou grupos com necessidades, para poder melhorar suas condições de vida. Também fazemos referência a essa atitude de tratar as pessoas com dignidade e respeito, baseados em um modelo de relação e assistência centrada na pessoa e no tratamento do ser humano em seu conjunto e de uma maneira integral.

Ao referir-se à humanização da saúde, implica confrontar duas culturas distintas, entre duas maneiras de ver o mundo, dado que a humanização faz referência ao processo de comunicação e apoio mútuo dentre as pessoas, orientado para o entendimento mútuo, sendo aplicável a qualquer aspecto do desempenho humano. A complexidade da atenção em saúde é relacionada à natureza humana, na comunicação e na maneira de interagir de cada um dos integrantes da relação no momento do cuidado, e constituem o contexto onde se desenvolve a aproximação

de um com o outro².

Porém é necessário refletir a respeito da interação, já que quando se fala de humanizar a atenção em saúde, faz-se referência em princípio a todas aquelas ações que fazem o homem mais humano, por isso é necessário delinear o conceito de humanização, dentro do campo da saúde. Considero que o termo que devemos aplicar é de humanitarismo, que comunga bem com o assinalado por Pérez-Tamayo³ que marca a perspectiva do que se observa ou se refere ao bem do gênero humano.

Existem alguns episódios na vida cotidiana que explicitam que os profissionais da saúde têm se desumanizado. Todavia, é necessário contextualizar a relação do profissional da saúde com o usuário dos serviços; alguns profissionais da equipe de saúde durante seu exercício profissional estão marcados pela proximidade da tristeza, desolação, dor e morte, e dessa forma, nem sempre perderam seu humanitarismo ou se desumanizaram. Imagino que nestes tempos os profissionais não estão desumanizados, mas existe sim um sistema compensatório, porque trabalhando nos hospitais, percebemos que nos deparamos com ambientes onde corremos riscos imersos em um estado de vulnerabilidade. Nesse sentido, o indivíduo como espécie humana é



uma unidade vital que em um dado momento tem características que lhe distinguem dentre os seres vivos da natureza, que atua de acordo com um conjunto próprio de valores, crenças, práticas, características e experiências vividas ao longo da prática profissional e faz muito mais do que ao simples olhar é observável. Sem esquecer que esses ambientes estranhos para as demais pessoas, especialmente àquelas afetadas por doenças, requerem compreensão, empatia e apoio emocional por parte daqueles que os atendem, para ajudar-lhes a conseguir o alívio do medo e da ansiedade, sentimentos que são inevitáveis para a maioria das pessoas que sofrem³. Dessa forma, os profissionais da área da saúde têm que assumir além de fragilidade própria, a de seu cliente.

Portanto, humanizar vai além de oferecer cuidados que sejam convenientes e que voltem a dar sentido à vida; é converter

a atuação do profissional de saúde em humanitária, isto derivado de um código de ética estritamente profissional, com princípios que podem deixar de ser teoria para converter-se em prática cotidiana, demarcando e reconhecendo a existência humana, o que implica um processo para produzir cuidados com reconhecimento e respeito, tanto dos que recebem quanto dos que administram, já que ambos encontram-se em condições distintas, opostas e complementares ao mesmo tempo.

REFERÊNCIAS

- 1 Cepeda DJM. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. *Index Enferm*, 2014; 23 (4): 197-199.
- 2 Correa Z, ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE* [2017] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375011>>ISSN 2216-0973
- 3 Rodríguez HR. Humanismo y medicina. OPS. 2017.

UTILIZAÇÃO DE UM CORE SET DA CIF PARA A DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO DE MULHERES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O CÂNCER DE MAMA

Use of the ICF core set to describe the activity and participation of women who underwent surgical treatment for breast cancer

Isabela Diniz Costa¹, Darlan Henrique Oliveira Santos¹, Vanessa de Moraes Silva¹, Carolina Marques Carvalho Mitre Chaves¹, Fernanda Cristina Silva², Andrei Pereira Pernambuco^{1,2}

RESUMO

Introdução: O câncer de mama (CM) é o tumor mais frequente na população feminina e representa cerca de 25% de todos os tipos de cânceres. Com a evolução dos tratamentos e o consequente aumento da sobrevida observa-se um aumento de comorbidades que podem interferir na funcionalidade. **Objetivo:** Avaliar parâmetros clínicos e a funcionalidade de mulheres no período pós-operatório de câncer de mama. **Metodologia:** Foram recrutadas 26 mulheres em uma associação de combate ao câncer que foram submetidas à intervenção cirúrgica, o rastreio cognitivo foi feito pelo Mini Exame do Estado Mental. A avaliação da funcionalidade por meio das 11 categorias de atividade e participação que compõe o *Core Set* resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para o CM e, os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos por um formulário clínico. A análise estatística descritiva foi feita no software GraphPad Prism v.5.0. **Resultados:** As participantes do estudo são brancas e pardas, casadas, com sobrepeso, baixo nível de escolaridade e de atividade física, não utilizam bebida alcoólica e cigarros. As principais limitações foram identificadas nas categorias: d850 - trabalho remunerado; d430 - levantar e transportar objetos; d240 - lidar com estresse e outras exigências psicológicas. As categorias menos impactadas foram: d570 - cuidar da própria saúde; d760 - relacionamentos familiares e d920 - recreação e lazer. **Conclusão:** Ao se conhecer o perfil clínico e funcional de mulheres com câncer de mama torna-se possível estabelecer condutas mais específicas e resolutivas, sejam preventivas ou profiláticas.

Palavras-chave: Câncer de mama; Fisioterapia; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Mastectomia.

¹Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil

²Centro Universitário de Formiga, Formiga, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Andrei Pereira Pernambuco - Rua Araxá, 206, Bairro Residencial Morro do Sol, Itaúna (MG) - CEP 35680-284 - E-mail: pernambucoap@ymail.com - Os autores declaram não existir conflitos de interesses - Recebido em: 26/09/2017 - Aceito em: 11/09/2017.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (CM) is the most frequent tumor in the female population and accounts for about 25% of all cancers. With the evolution of the treatments and the consequent increase of the survival it is observed an increase of comorbidities that can interfere in the functionality. **Objective:** To evaluate clinical parameters and the functionality of women in the postoperative period of breast cancer. **Methods:** Twenty-six women who underwent surgical intervention were recruited in a cancer-fighting organization. The cognitive screening was done by the Mini Mental State Examination, the evaluation of the functionality through the 11 categories of activity and participation that compose the brief Core Set of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for CM and, the clinical and sociodemographic data were obtained through a clinical form. The descriptive statistical analysis was done in GraphPad Prism v.5.0 software. **Results:** Study participants are white and brown, married, overweight, low level of schooling and physical activity, do not use alcohol and cigarettes. The main limitations were identified in the categories: d850 - paid work; d430 - lifting and transporting objects; d240 - dealing with stress and other psychological demands. The least impacted categories were: d570 - taking care of one's health; d760 - family relationships and d920 - recreation and leisure. **Conclusion:** By knowing the clinical and functional profile of women with breast cancer, it becomes possible to establish more specific and resolute actions, whether preventive or prophylactic.

Keywords: Breast cancer; Physiotherapy; International Classification of Functioning, Disability and Health; Mastectomy

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças mais temidas no mundo sendo a terminologia usada genericamente para denominar um conjunto de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células que invadem diferentes tecidos, órgãos e outras regiões do corpo¹.

O câncer de mama (CM) é a segunda neoplasia maligna mais comum na população e o tumor mais frequente na população feminina. A etiologia da doença é complexa e envolve diversos fatores de risco biológicos e ambientais^{2,3}. No Brasil, acredita-se que em 2016, foram identificados aproximadamente 58.000 novos casos de CM. Tal índice representa cerca de 56% de casos de CM para cada 100 mil mulheres. No mundo, aproximadamente 1,67 milhões de casos foram diagnosticados, o que representa 25% de todos os tipos de cânceres que acometem as mulheres. Estima-se ainda, que, no mundo, haja 520 mil mortes por ano relacionadas à esta doença².

A terapêutica adotada para o CM dependerá da manifestação da doença e sua extensão e engloba

procedimentos invasivos ou não. Os procedimentos cirúrgicos podem ser conservadores, que consiste na retirada do tumor (tumorectomia) ou de um quadrante da mama (quadrantectomia). Além desses, a outra opção é a mastectomia radical que envolve a retirada total da mama⁴. Em alguns casos, faz-se necessário a exérese dos linfonodos (linfadectomia) da axila ipsilateral e, este ato cirúrgico é denominado esvaziamento axilar⁵. Além dos procedimentos cirúrgicos, outras condutas terapêuticas estão disponíveis atualmente, tais como a quimioterapia e a hormonioterapia para o tratamento sistêmico, bem como a radioterapia para o tratamento loco-regional⁴.

Com o avanço das condutas terapêuticas para o CM nos últimos anos, a sobrevida das pacientes aumentou consideravelmente, entretanto, esse aumento quase sempre vem acompanhado de alterações funcionais que geram limitações nas atividades e ou restrições na participação social^{6,7}. As principais complicações advindas do tratamento cirúrgico do câncer de mama são: linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular e com redução da amplitude de movimento (ADM) no membro envolvido, todas essas alterações podem afetar a funcionalidade dessas mulheres^{6,7}.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o termo funcionalidade engloba os aspectos positivos relacionados às funções corporais, estruturas corporais e atividade e participação, já o termo incapacidade, refere-se a alterações nesses constructos⁸. A CIF é um instrumento apropriado para classificar a funcionalidade e a incapacidade. Foi proposta para padronizar a linguagem referente à saúde e os aspectos relacionados à saúde de forma universal, para permitir a comparação de resultados obtidos por diferentes serviços ou países e, para possibilitar a codificação entre sistemas de saúde^{8,9}. Na CIF, atividade e participação refere-se ao termo positivo que descreve as ações realizadas pelos indivíduos, desde as mais simples, realizadas no ambiente do indivíduo, como por exemplo, as atividades básicas de vida diária, até as mais complexas que envolvem a participação do sujeito na sociedade. O termo negativo para a atividade é a limitação e para a participação é a restrição^{8,9}. A versão atual da CIF conta com mais de 1400 categorias e a fim de facilitar a sua utilização, estudos multicêntricos têm desenvolvido e validado *Core Sets* para as mais diversas condições de saúde, estes agrupam as principais categorias relacionadas a uma doença ou condição de saúde, como por exemplo, o CM¹⁰.

De acordo com o contexto mencionado, o objetivo desse estudo foi descrever a atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama, utilizando-se para tanto o *core set* da CIF para o CM.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Estudo observacional e transversal.

Cuidados éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para apreciação do Comitê de Ética via Plataforma Brasil. O protocolo de pesquisa somente foi iniciado após a aprovação por meio do parecer número 2.066.695. Todos os procedimentos éticos foram baseados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Todas as pessoas que aceitaram participar voluntariamente do estudo, após serem informadas dos objetivos, riscos e benefícios, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Amostra

A amostra foi formada por conveniência e, a busca por participantes foi realizada nas dependências de uma associação de voluntários no apoio ao combate ao câncer. Todas as mulheres que receberam diagnóstico de CM e que passaram por intervenção cirúrgica como parte do tratamento foram convidadas a participarem do estudo. Durante a fase de recrutamento, 30 mulheres foram identificadas como potenciais participantes. Aquelas que se interessaram em participar foram triadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para a composição da amostra final.

Foram incluídas as mulheres que receberam diagnóstico de CM, que sofreram intervenção cirúrgica como parte do tratamento, que possuíam nível cognitivo condizente com a participação no estudo e que assinaram o TCLE. Por outro lado, foram excluídas do estudo pacientes que não passaram por procedimento cirúrgico, aquelas que apresentaram déficit cognitivo, com pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) abaixo de 13 pontos para analfabetos ou 19 pontos para indivíduos com escolaridade baixa/média e 26 pontos para alta escolaridade¹¹. Também foram excluídas as mulheres com alterações prévias na estrutura dos membros superiores, as portadoras de condições neurodegenerativas e as com histórico de traumas neurológicos e ou ortopédicos com prejuízo à função dos membros superiores. Após a triagem de acordo com critérios de inclusão e exclusão, 26 participantes foram inscritas no estudo. Quatro mulheres optaram por não participar.

Instrumentos

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o MEEM, as categorias de atividade e participação do *Core Set* da CIF específico para CM e um formulário clínico elaborado pelos pesquisadores.

Mini Exame do Estado Mental

Para o rastreamento cognitivo dos potenciais voluntários, foi utilizado o MEEM, elaborado por Folstein¹¹. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros de demência¹². O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, obediência a um comando verbal e a redação livre de uma sentença, além da cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo mais nove pontos.

O escore total é de 30 pontos e, quanto maior a nota obtida no instrumento melhor é o estado cognitivo do participante^{11,12}. Vale ressaltar que, a escolaridade é determinante para a pontuação do instrumento, neste sentido deve-se ser considerado os seguintes pontos de corte no instrumento: 13 pontos para analfabetos, 19 pontos para indivíduos com escolaridade baixa/média e 26 pontos para pessoas com alta escolaridade¹¹.

Core Set da CIF para CM

A funcionalidade foi avaliada através do *Core Set* da CIF elaborado e validado para o CM¹⁰. Os Core Sets referem-se ao conjunto de categorias principais da CIF que descrevem de forma típica a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde^{9,10}. O Core set resumido para CM é composto por 40 categorias, sendo dessas 11 categorias referentes às funções do corpo, cinco referentes à estrutura; 11 referentes à atividade e participação e 13 categorias de fatores ambientais¹⁰.

Neste estudo, apenas as 11 categorias referentes à atividade e participação foram utilizadas, a saber: d230- Executar a rotina diária; d240 - Lidar com estresse e outras exigências psicológicas; d430- Levantar e transportar objetos; d445- Utilização da mão e do braço; d510- Lavar-se; d570 - Cuidar da própria saúde; d640 - Realizar as tarefas domésticas; d760- Relacionamentos familiares; d770- Relacionamentos íntimos; d850- Trabalho remunerado; d920 - Recreação e lazer.

Para cada uma das categorias foi atribuído um qualificador genérico da CIF para o desempenho apresentado pelo participante em cada um dos itens, a saber: 0 (0 a 4% de problema), 1 (5 a 24% de problema), 2 (25 a 49% de problema), 3 (50 a 95% de problema) e 4 (96 a 100% de problema). O escore de funcionalidade de cada participante foi calculado pela somatória da pontuação obtida pelo mesmo em cada uma das 11 categorias do *Core Set*. Desse modo, a pontuação de cada indivíduo poderia variar de 0 a 44 pontos e quanto maior a pontuação, pior é o estado funcional do participante⁹.

Formulário clínico

Esta ficha foi elaborada pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo e apresenta questões relacionadas à: idade, índice de massa corporal (IMC), etilismo, tabagismo, raça, escolaridade, estado

civil, nível de atividade física, tipo de cirurgia, dados relacionados ao tratamento, tipo de tratamento e início do tratamento fisioterapêutico. Para a avaliação do peso utilizou-se uma balança da marca Mondial, modelo Ellegance BL03, e para a medida de altura foi utilizada uma trena antropométrica em aço da marca Sanny, com dois metros de comprimento. O IMC foi calculado pela razão entre as aferições do peso corporal e da estatura ao quadrado (kg/m^2). Em relação à atividade física, as participantes foram instruídas a dizer que eram ativas, apenas quando realizavam exercício físico com frequência igual ou maior que três vezes por semana.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada nas dependências de uma associação de voluntários no apoio ao combate ao câncer. Após a assinatura do TCLE, as potenciais participantes foram triadas por meio dos critérios de inclusão e exclusão. As que se encontravam aptas para a participação no estudo foram submetidas aos instrumentos da pesquisa, aplicados por um avaliador previamente treinado. O procedimento de coleta dos dados foi previamente agendado com cada uma das voluntárias e durou cerca de 30 minutos.

Análise de Dados

Para a análise da distribuição dos dados ordinais foi utilizado o teste de Shapiro Wilk. Após constatar a distribuição normal dos dados, estes foram descritos por meio da média e desvio padrão. Os dados categóricos foram apresentados por meio de número absoluto e relativo. A análise dos dados foi realizada no software Graph Pad Prism v.5.0, com nível de significância do teste de Shapiro Wilk ajustada para $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

A média da idade dos participantes deste estudo foi de $54,61 \pm 9,28$ anos, o IMC médio foi de $26,67 \pm 3,75$ kg/m^2 , e, os resultados do rastreio cognitivo realizado por meio do MEEM demonstraram escore médio de $27,03 \pm 2,47$ pontos. Em média, as pacientes iniciaram o tratamento fisioterapêutico pós-cirúrgico em $13,61 \pm 12,36$ semanas (aproximadamente três meses e meio) e, o tempo médio de tratamento fisioterapêutico fornecido a estas pacientes foi de $251 \pm 200,71$ semanas (aproximadamente 62 meses ou cinco anos) (Tabela 1).

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama

Tabela 1. Dados ordinais relacionados às características clínicas e sociodemográficas das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	34,00	77,00	54,61	9,28
IMC¹	18,39	33,37	26,67	3,75
MEEM	23,00	30,00	27,03	2,47
Início da fisioterapia²	1,00	48,00	13,61	12,36
Tempo de tratamento fisioterapêutico³	2,00	672,00	251,00	200,71

¹IMC (kg/m²); ²Início da fisioterapia após o tratamento para o câncer de mama e ³tempo de tratamento fisioterapêutico, ambos em semanas. IMC = índice de massa corporal; MEEM = Mini exame do estado mental.

Os resultados demonstraram que 88,46% das mulheres com câncer de mama são brancas ou pardas e apenas 11,54% negras. Em relação ao estado civil, 53,85% são casadas. No que se refere aos níveis de escolaridade, 80,77% da amostra possui apenas o ensino fundamental incompleto e 7,69% não estudou. Cerca de 85% não possui o hábito de consumir bebida alcoólica e nenhuma das participantes possui o hábito de fumar. Já em relação ao nível de atividade, observou-se que

a maior parte das voluntárias (73,08%) declarou ser sedentária. Em relação aos tipos de cirurgias e tipos de tratamentos mais comumente utilizados para o câncer de mama, observou-se que a mastectomia parcial associada ao esvaziamento axilar (42,31%) foi o tipo de intervenção cirúrgica mais comum. Além disso, a radioterapia e a quimioterapia (76,92%) foram os principais tipos de tratamento adotados pelos médicos para as participantes deste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados categóricos relacionados às características clínicas e sociodemográficas das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

Variável de interesse	Número relativo (%)
Raça	
Branca	42,31
Negra	11,54
Parda	46,15
Estado Civil	
Solteira	7,68
Casada	53,85
Amasiada	3,85
Divorciada	11,54
Viúva	23,08
Escolaridade	
Não estudou	7,69
Fundamental incompleto	80,77
Fundamental completo	3,85
Ensino médio completo	7,69
Uso de bebida alcoólica	
Sim	15,38
Não	84,62
Uso de cigarros	
Sim	0
Não	100
Atividade física	
Sedentário	73,08
Ativo	26,92

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama

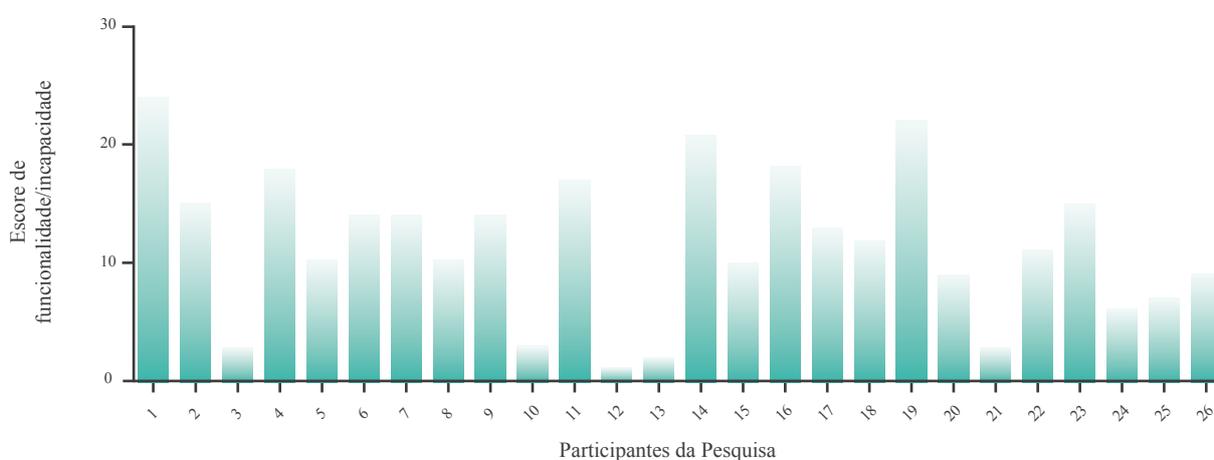
Variável de interesse	Número relativo (%)
Tipo de cirurgia	
Mastectomia parcial	15,38
Mastectomia parcial e esvaziamento axilar	42,31
Mastectomia total	3,85
Mastectomia total e esvaziamento axilar	26,92
Mastectomia total com reconstrução	11,54
Tipo de tratamento	
Radioterapia	19,23
Radioterapia e quimioterapia	76,92
Nenhum	3,85

Todos os dados apresentados na Tabela 2 foram auto declarados pelas participantes do estudo.

Ao se avaliar o escore de funcionalidade obtido por cada uma das participantes, observou-se uma pontuação mínima de um ponto e máxima de 24 pontos, com média de 12 pontos. Além disso, apenas três participantes alcançaram mais de 50% da pontuação

máxima no escore, o que corresponde a incapacidade grave, os demais apresentaram problemas leves e ou moderados, com pontuação entre 5% e 49% do total (Figura 1).

Figura 1. Escore de funcionalidade obtido por cada uma das participantes do estudo. O escore total foi calculado pela soma da pontuação obtida por cada voluntária em cada uma das 11 categorias de atividade e participação do Core Set da CIF para CM. A pontuação mínima possível é de 0 ponto e a máxima de 44 pontos. Quanto maior a pontuação, pior o nível de funcionalidade.



Já em relação a cada uma das categorias do Core Set analisadas separadamente, observou-se que a d850 - trabalho remunerado foi a categoria mais impactada entre os participantes do estudo, a média de incapacidade apresentada pelos participantes nessa categoria foi de 1,92 pontos. Além dessa, as categorias d430 - levantar e transportar objetos, média de 1,73

pontos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas, média de 1,63 pontos foram, foram as categorias com maior comprometimento. A categoria menos impactada no estudo foi a d570 - cuidar da própria saúde, com uma média de pontuação de 0,11 pontos. (Tabela 3).

Tabela 3. Estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) dos qualificadores utilizados pelos participantes do estudo em cada uma das categorias avaliadas.

Categorias	Mínimo	Máximo	Média	DP
d230- Executar a rotina diária	0	3	1,00	0,93
d240 - Lidar com estresse e outras exigências psicológicas	0	4	1,69	1,05
d430- Levantar e transportar objetos	0	4	1,73	1,07
d445- Utilização da mão e do braço	0	4	1,34	1,09
d510- Lavar-se	0	4	0,57	0,98
d570 - Cuidar da própria saúde	0	4	0,11	0,32
d640 - Realizar as tarefas domésticas	0	4	1,34	1,05
d760- Relacionamentos familiares	0	4	0,38	0,89
d770- Relacionamentos íntimos	0	4	1,03	1,48
d850- Trabalho remunerado	0	4	1,92	1,89
d920 - Recreação e lazer	0	2	0,42	0,75

d = componente de atividade e participação; DP = desvio padrão.

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída apenas de mulheres, pelo fato de o CM ser uma condição altamente prevalente neste grupo populacional². A inclusão de homens na amostra foi desconsiderada devido à baixa prevalência de CM entre os homens e pelo fato de que a utilização de pessoas do sexo masculino poderia causar viés nos resultados¹³. Importante mencionar que a amostra foi formada em uma instituição de acolhimento e tratamento de pessoas com CM e que por esse motivo, todos os participantes do estudo tiveram acesso ao tratamento pós-cirúrgico, incluindo o fisioterapêutico.

Em relação à idade e raça, as participantes apresentaram perfil semelhante ao encontrado em um estudo prévio¹⁴. Como é sabido, a idade é uma das variáveis mais importantes associadas ao câncer e, de acordo com pesquisa do Hospital do Câncer de São Paulo, a incidência do CM em mulheres com menos de 35 anos, quintuplicou em um período de cinco anos¹⁵. No presente estudo a idade mínima das participantes foi de 34 anos, mas a média de idade foi de aproximadamente 55 anos. Outros estudos já demonstraram que com o aumento da idade há também um aumento da incidência do CM¹⁶. Nesse estudo, a maior parte das mulheres se declarou-se branca ou parda. De acordo com o Instituto Oncoguia¹⁷, as mulheres brancas são mais propensas a desenvolverem CM do que as negras, o que corrobora os achados aqui apresentados. É necessário ressaltar que a população brasileira é bastante miscigenada e que, por isso, independentemente da raça, todas as

mulheres devem se atentar para cuidados preventivos em relação ao CM.

Quanto à relação conjugal a maioria das entrevistadas é casada, o que apoia os dados já apresentados em estudos prévios¹⁸. A relação conjugal, em situações críticas como o CM, pode fornecer o apoio necessário para o enfrentamento da doença, fazendo com que o processo de tratamento se torne um pouco menos traumático¹⁹. Além disso, o suporte familiar pode contribuir para o acolhimento mais humanizado do paciente e para a manutenção e integridade física do mesmo²⁰. Após o diagnóstico de um CM, mudanças são necessárias na estrutura e rotina familiar, a fim de se reduzir o medo e frustrações, minimizar o estresse e assim contribuir para com o tratamento no geral. É preciso ressaltar que de acordo com a CIF a categoria e310 – família próxima, bem como a categoria e410 – atitudes individuais de membros da família próxima podem atuar como facilitador ou como barreira para o paciente, dependendo de seu contexto individual⁸. Neste estudo, os fatores ambientais não foram considerados, contudo, um dos achados aqui apresentados, demonstra que nesta amostra as famílias tendem realmente a atuar como facilitadores, afinal a categoria d760 - relacionamentos familiares foi uma das categorias menos impactadas do estudo.

Em relação à escolaridade, grande parte das participantes não completou o ensino fundamental¹⁹. O grau de escolaridade é dado através da quantidade de anos estudados, mas a aprendizagem vai além. Esta inclui fatores como hábito de leitura, escrita e

experiências vivenciadas²¹. Nesse estudo, apesar de algumas participantes relatarem dificuldades na leitura e escrita, o que observou-se foi que a média obtida pelas participantes no MEEM é condizente com pontuações alcançadas por pessoas com alta escolaridade. Mas é importante ressaltar que os pontos de corte do MEEM foram estabelecidos para a população idosa, o que não se aplica para a maior parte das participantes deste estudo. Sendo assim, pontuações mais elevadas como as identificadas aqui, podem ter mais relação com a idade das participantes do que com o nível de escolaridade. Não foi encontrado qualquer estudo que tenha buscado por uma relação entre a incidência do CM e o nível de escolaridade. Entretanto, é provável que as pessoas com maior nível educacional tenham mais acesso a informações relacionadas à prevenção ou detecção precoce da doença, como por exemplo, o autoexame da mama².

Em relação à ingestão de álcool e consumo de tabaco, os resultados do presente estudo demonstram que grande parte da amostra não possui hábito de ingerir bebidas alcoólicas e a totalidade da amostra não consome tabaco. Segundo Poli (2012) o álcool está associado ao desenvolvimento de vários tipos de câncer, dentre eles o de mama³. A ingestão de bebidas alcoólicas em qualquer quantidade e forma pode potencializar os riscos de câncer. Além do uso de álcool, o consumo de tabaco também é responsável pelo desenvolvimento de aproximadamente 50 doenças, incluindo o câncer³. Os hábitos mais saudáveis, identificados nas participantes do estudo, possivelmente estão relacionados com o diagnóstico do CM, já que diante de condições graves, o paciente altera seu estilo de vida e adota hábitos até então negligenciados^{19,22}. Contudo, esta é apenas uma hipótese, já que não foi interesse desse estudo, investigar os hábitos progressos dos participantes.

No que refere-se aos níveis de atividade física, a maioria das pacientes se declarou sedentária. A falta do exercício físico compromete a funcionalidade já que, leva a uma perda de força, resistência muscular, descondicionamento físico e perda da flexibilidade^{6,22}. Neste estudo, apesar de as participantes se declararem sedentárias, possuem boa capacidade funcional atestada pelo escore de funcionalidade. De fato a funcionalidade não está relacionada à aptidão física e sim, à integridade de estruturas e funções corporais, bem como à ausência de limitação na atividade e ou restrição na participação⁸. Acredita-se que a maior parte das participantes se declarou sedentária pelo fato de ainda se encontrarem em tratamento para o CM e, por opção própria, muitas preferem direcionar seus esforços e tempo disponível à continuidade do tratamento. Para

se declararem sedentárias, as participantes se basearam na afirmativa de que não realizam exercício físico por mais de três vezes na semana^{2,22}. Deste modo, não se pode afirmar que todas as participantes que se declararam sedentárias não pratiquem exercício físico com frequência menor do que três vezes por semana. A falta de um instrumento validado para avaliar os níveis de atividade das participantes é reconhecida como uma limitação deste estudo e deverá ser endereçada em investigações futuras.

Além de se considerarem sedentárias, foi observado que o IMC da maioria das participantes era compatível com sobrepeso e segundo Borghesan (2008), existe uma relação significativa e positiva entre o sedentarismo e o IMC elevado^{2,23}. Como é sabido, o IMC ideal deve estar entre 20 e 25 kg/m². O aumento do IMC é um fator de risco para muitas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus e alguns tipos de câncer como, por exemplo, o CM²². Alguns estudos já evidenciaram uma possível relação entre altas concentrações plasmáticas de lipídios e a proliferação e dispersão de células neoplásicas mamárias²².

Em relação ao tratamento conservador utilizado para o CM, a radioterapia e a quimioterapia foram os principais métodos adotados pelas participantes dessa amostra. De acordo com Karen e colaboradores (2010), a opção terapêutica depende das características do tumor e do paciente⁴. Além disso, a duração do tratamento conservador pode sofrer grandes variações^{4,5}. Na maior parte das vezes se faz necessário a utilização de mais de um tipo de tratamento, assim como observado nas participantes do presente estudo e corroborado por estudos de Silva e colaboradores (2013)²⁴. A quimioterapia é indicada quando a paciente possui risco de desenvolver metástase, a radioterapia aumenta as chances de cura, evitando a recidiva local. O número de sessões para o tratamento depende do tipo de tumor e estado de saúde do paciente⁴.

Por sua vez, o tratamento cirúrgico, aplicado a todas as participantes do estudo vem sendo cada vez mais utilizado. Atualmente mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente. A indicação da técnica mais adequada depende da apresentação da doença²⁴. A mastectomia caracteriza-se como uma cirurgia total ou parcial da mama, podendo ou não estar associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila, procedimento denominado esvaziamento axilar. Na mastectomia todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior são retirados^{4,5,6}. A opção pelo esvaziamento

axilar se dá pelo fato de o sistema linfático ser um veículo para disseminação de tumores^{4,6}. Neste estudo cerca de 42% das participantes se submeteram a cirurgia de mastectomia parcial e esvaziamento axilar. Com a evolução das técnicas cirúrgicas e tratamentos conservadores o impacto da terapêutica sobre a funcionalidade dos pacientes é cada vez menor. Sendo assim, os tratamentos cirúrgicos atuais além de conter a doença preservam em níveis razoáveis a função do indivíduo²⁵.

Na maior parte das vezes, após o tratamento cirúrgico, a paciente é encaminhada para a fisioterapia²⁵. Neste estudo, todas as participantes encontravam-se em tratamento fisioterapêutico, o que pode justificar, pelo menos em parte, os bons níveis funcionais aqui observados. Neste estudo as participantes iniciaram o tratamento fisioterapêutico após cerca de três meses do ato cirúrgico e continuaram o tratamento por um período aproximado de cinco anos. Acredita-se que a fisioterapia deveria ter sido iniciada mais precocemente, a fim de potencializar os resultados funcionais dessas participantes. De acordo com relatos das participantes do presente estudo, muitas delas esperaram o término do tratamento específico para o câncer, para só então iniciar o tratamento fisioterapêutico. Segundo Leites et al., (2010) o tratamento oncológico é agressivo e pode influenciar negativamente a funcionalidade do membro superior ipsilateral e, portanto, seria de fundamental importância um acompanhamento precoce do paciente por parte da fisioterapia²⁵.

A fisioterapia oncológica preocupa-se com a manutenção e restauração funcional do paciente. Neste estudo após iniciarem o tratamento fisioterapêutico, as participantes permaneceram em tratamento por um período de aproximadamente 250 semanas, ou cinco anos. A atuação do fisioterapeuta na oncologia não deve se restringir apenas ao período pós-operatório, cuidados tardios que visem a recuperação da funcionalidade ou prevenção de complicações, devem ser oferecidos^{25,26}. Além disso, acredita-se que os pacientes se sentem amparados e seguros enquanto recebem o tratamento por parte dos profissionais e, isto tende a contribuir tanto fisicamente como psicologicamente para a recuperação do paciente, que na maior parte das vezes apresenta boa adesão ao tratamento^{20,25}.

No que se refere à funcionalidade, observou-se que grande parte das participantes apresentam problemas leves e ou moderados. Como já mencionado, a boa capacidade funcional pode estar relacionada à abordagem cirúrgica, aos tratamentos menos agressivos, à individualidade existente nos tratamentos,

ao tratamento fisioterapêutico, aos hábitos de vida mais saudáveis e ao apoio familiar^{19,21}. Por fim, a análise individual de cada uma das categorias de atividade e participação do *Core Set* demonstrou que as categorias mais impactadas foram: d850 - trabalho remunerado, d430 - levantar e transportar objetos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas. Já a categoria d570 - cuidar da própria saúde, foi a categoria menos impactada neste estudo.

Na categoria d850, o diagnóstico da doença e a cronicidade das complicações após o tratamento, o retorno à atividade profissional é acompanhado com ocorrência de estresse, devido a necessidade de conciliar a vida profissional com a nova condição. A perda funcional e a mudança a nível psicossomáticos e social pode levar a perda sociais e à redução do desempenho de atividades produtivas, remuneradas ou não²⁷. As limitações físicas resultante do tratamento como a redução de força nos MMSS, indisposição para trabalhar, agilidade reduzida, sensação de braço pesado, dor, limitação de ADM e a fadiga, possuem relação com as altas taxas de afastamento da atividade profissional, levam a incompatibilidade com a função realizada anteriormente, além do fato de estarem sujeitas ao estigma e preconceito de contratar mulheres que foram tratadas com CM por acreditarem que o desempenho da atividade profissionais seja ineficiente²⁸. A categoria d430 - levantar e transportar objetos. Após a mastectomia acompanhada da radioterapia e exérese dos nódulos linfáticos adjacentes, podem ocorrer complicações físicas, imediatas ou tardias, tais como: restrição da capacidade funcional do membro superior (MMSS) ipsilateral à cirurgia, linfedema, que pode interferir no desempenho das atividades de vida diária e complicação dos papéis sociais da mulher mastectomizada²⁵. Acredita-se ainda que a categoria d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas encontra-se entre as mais impactadas, pelo fato de que o diagnóstico de câncer é vivenciado como um momento de intenso sofrimento e ansiedade que funciona como um potente agente estressor que pode interferir de forma negativa na vida particular e social dos indivíduos. A resposta ao estresse, relacionada ao diagnóstico de uma doença grave, associada aos tratamentos e seus efeitos colaterais prejudicam fortemente as atividades de vida diária e sociais. Há ainda que se ressaltar a presença de angústias associadas à feminilidade, sexualidade e maternidade, bem como ao comprometimento da imagem corporal²⁹.

Por fim, a categoria d570 - cuidar da própria saúde, foi apontada pelos participantes deste estudo como a categoria menos impactada. É provável que uma

série de fatores contribuem para este achado, tais como: todas as participantes encontram-se abrigadas em uma instituição de apoio a pessoas com câncer, recebem assistência de equipes multidisciplinares que desenvolvem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, possuem apoio familiar, receberam tratamento cirúrgico condizente com sua situação e por escolha própria não abandonam o tratamento ofertado. Já é bem estabelecido na literatura, que a educação do paciente é uma importante etapa do tratamento, afinal de posse de informações precisas sobre sua real condição de saúde, o paciente é capaz de adotar estratégias mais adequadas de prevenção ou recuperação da saúde, além disso, torna-se um elemento multiplicador do conhecimento para outras pessoas em condições semelhantes³⁰.

CONCLUSÃO

Os níveis funcionais das participantes do estudo encontram-se levemente ou moderadamente afetados. As categorias d850 - trabalho remunerado, d430 - levantar e transportar objetos e d240 - lidar com o estresse e outras demandas psicológicas foram as que apresentaram maior déficit funcional. Estas informações são relevantes do ponto de vista clínico e funcional, podem contribuir para a adoção de um tratamento mais individualizado e pautado no modelo biopsicossocial de atenção à saúde e, portanto, devem ser consideradas pelas equipes de saúde no momento da tomada de decisão clínica. Além disso, a conduta baseada nas reais necessidades dos pacientes é recomendada pela OMS, pode aprimorar a resolutividade dos serviços e melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao CNPq e ao Centro Universitário de Formiga pela concessão de bolsas de pesquisa e apoio financeiro a esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Nacional de Câncer (INCA). A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
- 2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estatísticas do Câncer. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acessado em 18/07/2017.
- 3 Poli, A., F. Marangoni, and F. Visioli. 2012. Alcohol consumption

and breast cancer risk. *JAMA*307:666.

- 4 Karen L, Maughan, MD; Mark A. Lutterbie, MD; and Peter S. Ham MD, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia. *Am Fam Physician*. 2010 Jun 1;81(11):1339-1346.
- 5 Litiere S, Werutsky G, Fentiman IS, Rutgers E, Christiaens MR, Van Limbergen E, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol*, 2012;13(4):412-9
- 6 Ugur S, Arıcı C, Yaprak M, Mesci A, Arıcı GA, Dolay K et al. Risk factors of breast cancer-related lymphedema. *Lymphat Res Biol*. 2013;11:72–75.
- 7 Andrea G, Inge K, Gerold S, Alarcos C. Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Breast Cancer capture the problems in functioning treated by physiotherapists in women with breast cancer? *Physiotherapy* 97 (2011) 33–46.
- 8 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001, p. 222.
- 9 Schneider M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12): 588-95.
- 10 Brach M, Cieza A, Stucki G, Fussl M, Cole A, Ellerin B, et al. ICF Core Sets for breast cancer. *J Rehabil Med*. 2004; (44 Suppl): 121-127
- 11 Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.
- 12 Melo D, Barbosa A. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2015, vol.20, n.12, p. 3865-3876.
- 13 Nogueira SP, Mendonça JV, Pasqualette HAP. Câncer de mama em homens. *Rev. bras. mastol*.2014, vol. 24, n. 4, p. 109-114.
- 14 Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad.saúde pública*. Rio de Janeiro, 2006, vol. 22, n. 10, p. 2219-2228.
- 15 Collucci C. Câncer de mama quintuplicava entre jovens. *Folha de São Paulo*. 2006, ago; *Caderno Ciência*.
- 16 Bezerra DMA, Fonseca OC, Britto AS, Dourado SB, Alves AB, Campello GO. Funcionalidade e envelhecimento: utilização do índice Katz para avaliação de idosos institucionalizados. *An da Jor de Fisiot. da UFC*. Fortaleza, 2011, vol. 2, n. 1.
- 17 Instituto Oncoguia. Fatores de risco. Disponível em <www.oncoguia.org.br>. Acesso em 20 de maio de 2017.
- 18 Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Rev. latinoam. enferm*. Ribeirão Preto, 2010, vol. 18, n.3, p.57-64.
- 19 Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com Tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. *Rev.bras. cancerol*. 2011, vol.57,n. 1, p. 15-21.
- 20 Ferreira DB, Farago PM, Reis PED, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob olhar do casal. *Rev. bras. enferm*. Brasília, 2011, vol. 64, n.3, p. 536-544.
- 21 Torres GU, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev. baiana saúde pública*. 2010,vol.34, n. 1, p. 19-30.
- 22 Mota, JCMG. Câncer de mama e associação com composição corporal, prática de atividade física, resistência à insulina e perfil lipídico: Estudo caso-controle. Goiânia 2016. Pós graduação.
- 23 Borghesan DH, Pelloso SM, Carvalho MDB. Câncer de mama e

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama

- fatores associados. *Cienc Cuid Saude* 2008;7(Suplem. 1):62-68.
- 24 Silva LCR, Amorim WC, Castilho MS, Guimrães RC, Paixão TPMM, Pirfo CBL. Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. *Rev. med. Minas Gerais*. 2013, vol. 23, n. 1, p. 102-109.
- 25 Leites GT, Knorst MR, Lima CHL, Zerwes FP, Frison VB. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. *Rev Ciência & Saúde*. 2010;3(1):14-21.
- 26 Nascimento SL, Oliveira RR, Oliveira MMF, Amaral MTP. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(3):248-55.
- 27 Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology*. 2011;20:1001-1006.
- 28 Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer AQ. et al. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation, Dordrecht*, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2010
- 29 Bruce J, Thornton AJ, Powell R, Johnston M, Wells M, Heys SD, et al. Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: a population-based cohort study. *Pain*. 2014;155:232-243.
- 30 Alkhasawneh E, Al-Farsi Y, Al-Simadi F, Leocadio M. Development and Validation of a Culturally-Tailored Breast Cancer Health Education Programme for Arab Women. 2017 May;17(2):e181-e190.

EFETIVIDADE DO MÉTODO SUIT NA FUNÇÃO MOTORA GROSSA DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

Effectiveness of Suit Method on gross motor function of a child with cerebral palsy

Luísa Leite Oliveira¹, Lorena Campos Nery¹, Rejane Vale Gonçalves¹

RESUMO

Introdução: A paralisia cerebral causa déficits de habilidades motoras e limitação das atividades funcionais. Há diversas formas de tratamento para essa condição de saúde e este estudo investigou o método *Suit* como uma alternativa. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do método *Suit* na função motora grossa de uma criança com paralisia cerebral. **Método:** Trata-se de um estudo de caso que avaliou mudanças longitudinais na função motora grossa de uma criança de seis anos, com paralisia cerebral quadriplégica espástica, classificada no nível III do Gross Motor Classification System Measure, submetida à terapia intensiva *PediaSuit* durante um mês. A função motora grossa foi avaliada, utilizando o instrumento Medida da Função Motora Grossa (GMFM-66), três vezes antes da intervenção e duas vezes durante a intervenção, com intervalo de quinze dias entre as avaliações. A análise estatística foi realizada através do *software Gross Motor Ability Estimator*. **Resultados:** A criança melhorou a sua função demonstrada pelo aumento significativo de atividades motoras que ela conseguia realizar após a intervenção. Na comparação entre a primeira (antes da intervenção) e a última avaliação (término da intervenção) houve um aumento em torno de 15% dos escores das dimensões D (de pé) e E (andar, correr e pular) do GMFM-66. **Conclusão:** O método *Suit* pode contribuir para a melhora da funcionalidade de crianças com paralisia cerebral. Novas pesquisas são necessárias a fim de documentar os benefícios fornecidos e a eficácia desse novo programa de intervenção. **Palavras-chave:** *PediaSuit*; Paralisia Cerebral; Função Motora Grossa.

¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte MG- Brasil

Autor correspondente: Rejane Vale Gonçalves - Avenida Alameda Ezequiel Dias 275 - Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, 30110-130 - E-mail: rejanevalegoncalves@gmail.com - Telefone: (31)3248-7100 - Os autores declaram não existir conflitos de interesses. - Recebido em 05/12/2017 - Aceito em 12/12/2017

ABSTRACT

Introduction: Cerebral palsy causes deficits in motor skills and limitation of functional activities. There are several forms of treatment for this health condition and this study investigated the Suit method as an alternative. **Objective:** To evaluate the effectiveness of the Suit method on gross motor function of a child with spastic quadriplegic cerebral palsy. **Method:** This case study evaluated longitudinal changes in the gross motor function of a 6-year-old child with cerebral palsy, classified at level III on the Gross Motor Function Classification System, undergoing Pedia Suit intensive therapy for a month. The gross motor function was evaluated using the instrument Measure of the Gross Motor Function (GMFM-66), three times before intervention and twice during intervention, within a 15 days interval between evaluations. Statistical analysis was performed using software Gross Motor Ability Estimator (GMAE). **Results:** The child improved her function demonstrated by significant higher amount of activities she was able to perform after the study. In the comparison between the first evaluation (before intervention) and the last evaluation (end of intervention) there was an increase around 15% of the scores from dimensions D (standing) and E (walking, running and jumping) of GMFM-66. **Conclusion:** Suit method can contribute to the improvement of functionality of children with cerebral palsy. New studies are needed to document the benefits provided and the efficacy of this new intervention program.

Key words: PediaSuit; Cerebral Palsy; Gross Motor Function.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é caracterizada por um grupo de desordens do desenvolvimento da postura e do movimento, causando deficiências motoras e limitação das atividades funcionais¹. De acordo com o subtipo neurológico, a PC é classificada em espástica, discinética, atáxica, hipotônica ou mista². A PC espástica é o tipo mais comum e se caracteriza por hipertonia e fraqueza muscular de um dimídio corporal (comprometimento unilateral) ou dos quatro membros (comprometimento bilateral: quadriplegia ou diplegia)³.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a criança com PC bilateral pode apresentar níveis variados de deficiências em estruturas e funções corporais (e.g. alterações de tônus e força muscular, déficit de equilíbrio e coordenação motora) e limitações de atividades, como permanecer de pé sem apoio e andar⁴. A limitação da capacidade motora interfere no desempenho das crianças em diferentes tarefas relacionadas à mobilidade, em diversos contextos, tais como casa, escola e comunidade^{4,5}.

Entre os diversos tipos de tratamento para crianças com PC, o uso de vestes elásticas associado ao treinamento intensivo tem sido amplamente difundido na clínica⁶. As diferentes denominações de vestes elásticas (e.g. *AdeliSuit*, *TheraSuit* e *PediaSuit*) foram desenvolvidas a partir de uma veste criada pelo programa espacial da Rússia para os astronautas, com o objetivo de minimizar os malefícios causados pela ausência da gravidade, tais como a diminuição da densidade mineral óssea e atrofiamuscular^{7,8}. Estas vestes funcionam como uma órtese cuja finalidade é favorecer o alinhamento corporal e facilitar o desempenho da criança, permitindo movimentos com biomecânica mais adequada⁹. Cada denominação é utilizada de acordo com seu respectivo protocolo, entretanto a diferença entre as vestes ainda não está bem estabelecida na literatura¹⁰.

Em uma revisão sistemática recente sobre os efeitos de intervenções com vestes terapêuticas nas deficiências e limitações funcionais de crianças com PC⁶, foram encontrados três estudos que utilizaram o método *TheraSuit*¹¹⁻¹³ e outros três que investigaram o efeito do método *AdeliSuit*¹⁴⁻¹⁶. A maioria destes estudos reportou melhora na função motora grossa das crianças submetidas ao treinamento intensivo utilizando ambas

as vestes elásticas, sendo que o subgrupo de PC mais investigado foi crianças com diplegia espástica e crianças com grau de severidade leve a moderado, de acordo com o *Gross Motor Classification System*¹⁷ (GMFCS I a III)⁶. Em relação ao método *PediaSuit*, apenas um estudo, que não entrou na revisão mencionada, reportou o efeito do método em uma criança com PC diplégica espástica, GMFCS nível II¹⁸. Neste relato de caso foi documentada melhora na função motora grossa da criança, composição corporal e amplitude de movimento de tornozelo após um mês de intervenção¹⁷. Em síntese, Almeida et al. (2017) apontam que os estudos que investigaram o efeito do uso de vestes elásticas não descreveram de forma suficiente os exercícios e as atividades realizadas durante a terapia e também não incluíram outros subtipos de PC, como a quadriplegia espástica⁶.

Diante do exposto, ainda não está claro na literatura se crianças com maior comprometimento corporal e nível de severidade motora também se beneficiariam do treinamento intensivo utilizando vestes elásticas para melhora de sua capacidade funcional. Em acréscimo, os efeitos do método *PediaSuit*, especificamente, ainda precisam ser documentados. Portanto, o objetivo do presente estudo foi investigar a efetividade do método *Suit* na função motora grossa de uma criança com PC bilateral do tipo quadriplegia espástica, classificada no nível III do GMFCS.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caso que avaliou mudanças longitudinais na função motora grossa de uma criança com PC submetida ao método *PediaSuit*. Foram realizadas cinco avaliações, com intervalo de aproximadamente quinze dias entre elas, sendo três antes do início da intervenção para documentar a estabilidade da função motora grossa pré-intervenção, e outras duas avaliações após a introdução da intervenção.

Os critérios de inclusão foram: a) criança com idade entre três e 16 anos; b) diagnóstico clínico de PC; c) não estar realizando outro tipo de terapia; d) não ter sido submetida à cirurgia ortopédica nos últimos 12 meses ou à aplicação de toxina botulínica nos últimos seis meses.

Instrumento

Medida da Função Motora Grossa (GMFM)

A GMFM foi utilizada para avaliar quantitativamente mudanças na função motora grossa da criança participante do estudo. Este teste é utilizado em crianças com PC, na faixa etária entre zero a cinco anos, ou crianças maiores de cinco anos que ainda não conseguem realizar as funções motoras esperadas para sua idade¹⁹. Foi utilizada a versão mais recente da GMFM, que consiste de 66 itens agrupados em cinco dimensões: A) deitar e rolar; B) sentar; C) engatinhar e ajoelhar; D) em pé; e E) andar, correr e pular¹⁹. A GMFM-66 requer um programa de computador (Estimador de Habilidade Motora Grossa – GMAE) que seja alimentado com as pontuações individuais dos itens e as converta em pontuação total em uma escala intervalar¹⁹.

Procedimentos

Antes do início do estudo, a criança e os pais foram informados sobre os procedimentos, tiveram suas dúvidas esclarecidas e os adultos responsáveis assinaram um formulário de consentimento para participação de sua filha. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CAAE: 62236216.7.0000.5134).

Dois pesquisadores, previamente treinados, aplicaram as cinco medidas do teste GMFM com o intuito de avaliar a função motora da criança antes, durante e após a intervenção. Durante a fase pré-intervenção, que teve duração de um mês, a criança não foi submetida a nenhum tipo de intervenção fisioterapêutica. Após a introdução do método *PediaSuit*, a participante foi avaliada com 15 dias de intervenção e ao final da intervenção, que também teve a duração de um mês. A terapia intensiva *PediaSuit* foi conduzida por uma fisioterapeuta da APAE-BH.

A intervenção foi realizada de segunda a sexta, com duração de quatro horas diárias. Durante toda a terapia, a criança utilizou a vestimenta de tamanho pequeno, recomendada para sua idade, e os elásticos, que foram projetados para encaixar nos ganchos da roupa de acordo com a necessidade de alinhamento biomecânico da criança (Figura 1). Foram colocados elásticos de suporte abdominal simples, suporte oblíquo, suporte neutro para quadríceps, suporte para dorsiflexão, suporte para escápula e abertura do tórax, suporte para extensores de tronco, suporte para glúteos, suporte

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama

para isquiossurais, suporte para plantiflexores com ajustes para correção de valgismo no membro inferior esquerdo, flexão dos joelhos e rotação interna de membros inferiores. A Figura 2 mostra a unidade de exercícios onde a terapia foi realizada.



Figura 1. Vestimenta utilizada para a realização da terapia

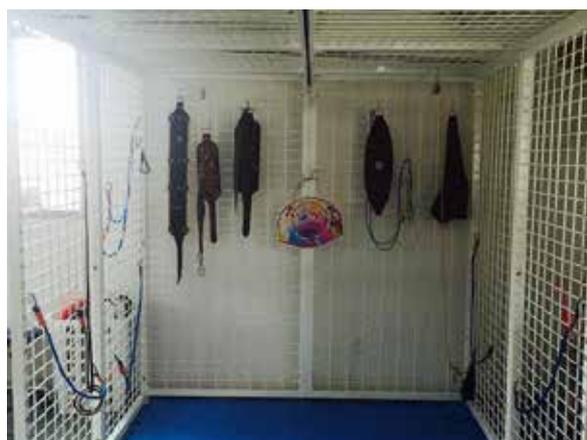


Figura 2. Unidade de exercício

De acordo com o procedimento padrão do método, a criança passou por uma adaptação e todos os dias de atendimento eram iniciados como protocolo de escovação cutânea em membros superiores e inferiores para ganho de propriocepção e aquecimento onde eram realizados alongamentos passivos e movimentação ativa das articulações⁹. Após esse protocolo, foram realizados exercícios de transferência de peso na postura sentada e em ortostatismo; alcance à frente, para os lados e acima da cabeça com a criança sentada na bola suíça; estímulo para pular na cama elástica sem auxílio do terapeuta, treino de marcha no andador e na esteira; atividade de basquete, circuito com obstáculos; descer e subir escadas; extensão de tronco em decúbito ventral; agachamento; passar de ajoelhada para semi-

ajoelhada e de pé; rotação de tronco; descarga de peso e equilíbrio em ortostatismo na gaiola *spider* e fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores na gaiola *monkey*. Algumas atividades realizadas estão ilustradas na Figura 3.



Figura 3. Dentre as atividades propostas, a intervenção consistiu em exercícios de extensão de tronco (A), descarga de peso em membros superiores e alcance (B), transferência em ortostatismo (C), passar de ajoelhada para semi-ajoelhada (D), pular na cama elástica sem auxílio (E) e atividade de basquete (F).

Análise Estatística

Com o objetivo de avaliar se a participante apresentou mudanças na função motora grossa na fase pré-intervenção, os escores do GMFM-66 das medidas 1 (antes do início do estudo) e 2 (15 dias antes da intervenção) foram comparados. Além disso, para investigar o efeito da intervenção na função motora grossa da criança, os resultados da pontuação do GMFM foram comparados entre as medidas pré-intervenção 1 e pós-intervenção 1; pré-intervenção 1 e pós-intervenção 2. O escore de cada dimensão é

obtido através da somatória dos pontos alcançados, que são convertidos em porcentagem em relação ao escore máximo na dimensão. Já o escore total é obtido pela soma da pontuação percentual de cada domínio dividida pelo número de dimensões, no caso cinco. Cada item do teste recebe pontuação de 0 a 3, sendo 0: não inicia o movimento; 1: inicia o movimento; 2: completa parcialmente o movimento e 3: completa totalmente o movimento¹⁹.

O programa GMAE calculou a pontuação e o intervalo de confiança da primeira medida e depois comparou a pontuação obtida na segunda medida, para identificar se a mudança do escore foi além dos limites do intervalo de confiança anterior (i.e. da primeira medida)¹⁹. Dessa forma foi possível inferir se a mudança observada entre dois momentos foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participou desta pesquisa uma criança do sexo feminino de seis anos de idade, recrutada na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Belo Horizonte (APAE-

BH). A criança apresentava nível cognitivo preservado e diagnóstico clínico de PC quadriplégica espástica, possivelmente causada por parada respiratória após o nascimento. A criança foi classificada no nível III do GMFCS, pois usava o engatinhar como principal meio de locomoção e era capaz de andar com auxílio da mãe. O engatinhar era realizado com pouca dissociação entre cinturas pélvica e escapular. A criança apresentava déficit de equilíbrio estático, fraqueza muscular global, encurtamento dos músculos tensor da fáscia lata, isquiossurais, iliopsoas e adutores de quadril, além de hipertonía dos membros superiores e inferiores.

A criança que participou desse estudo atendeu a todas as avaliações marcadas e frequentou 21 sessões de intervenção. Ela tolerou bem todas as atividades propostas e sem queixas. A Tabela 1 mostra os resultados do GMFM em porcentagem pré e pós-intervenção. Nota-se que houve aumento da capacidade motora da criança em todas as dimensões testadas, exceto na dimensão A, pois a criança já possuía o escore máximo antes da intervenção. Na comparação entre a medida pré-intervenção 1 e a pós-intervenção 2 houve um aumento em torno de 15% dos escores das dimensões D e E.

Tabela 1. Resultados, em porcentagem, da medida da função motora grossa nas dimensões A à E das avaliações realizadas antes da introdução da intervenção (pré-intervenção 1 a 3), 15 dias após o início da intervenção (pós-intervenção 1) e ao final da intervenção (pós-intervenção 2).

Dimensões	A Deitar e Rolar	B Sentar	C Engatinhar e Ajoelhar	D Em pé	E Andar, Correr e Pular	Escore Total
Pré-intervenção 1	100%	95,6%	96,7%	64,1%	25,0%	74,3%
Pré-intervenção 2	100%	97,8%	96,7%	64,1%	25,0%	76,7%
Pré-intervenção 3	100%	100%	96,7%	64,1%	29,2%	78,0%
Pós-intervenção 1	100%	100%	100%	76,9%	36,1 %	82,6%
Pós-intervenção 2	100%	100%	100%	79,5%	40,3%	84,0%

A Tabela 2 mostra o escore do GMFM e o intervalo de confiança de cada medida obtido nas cinco avaliações longitudinais. Podemos observar que as medidas realizadas na fase pré-intervenção apresentaram valores menores em relação às medidas realizadas após o início da intervenção, onde o tratamento intensivo já estava sendo realizado. Observa-se que o escore do

GMFM-66 foi de 56,15 e 62,10 na primeira avaliação e na última avaliação, respectivamente. O escore de 62,10 está fora dos limites do intervalo de confiança da primeira medida (53,86-58,44), demonstrando que houve aumento significativo da função motora grossa nessa comparação.

Tabela 2. Escores da Medida da Função Motora Grossa (GMFM-66), erro padrão e intervalo de confiança para cada avaliação.

	Escore do GMFM-66	Erro padrão	Intervalo de confiança 95%
Pré-intervenção 1	56,15	1,17	53,86 – 58,44
Pré-intervenção 2	57,09	1,17	54,80 – 59,38
Pré-intervenção 3	58,09	1,17	55,80 – 60,38
Pós-intervenção 1	60,92	1,29	58,39 – 63,45
Pós-intervenção 2	62,10	1,35	59,45 – 64,75

DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi investigar se haveria mudanças na função motora grossa após a terapia utilizando o método *Suit* em uma criança com PC quadriplégica espástica. De acordo com a análise dos resultados, houve melhora da capacidade motora grossa demonstrada pelo aumento do escore do GMFM ao final do estudo.

De acordo com Russell et al. (2011) uma variação acima de 6% na pontuação do GMFM é considerada clinicamente significativa em crianças com PC¹⁹. No presente estudo a criança apresentou um aumento significativo da capacidade motora, especificamente nas dimensões onde são avaliadas habilidades relacionadas ao permanecer de pé sem o apoio dos membros superiores e à capacidade de andar, correr e pular.

Os resultados do presente estudo sugerem que a intensidade da terapia pode ter influenciado de forma positiva os ganhos funcionais observados rapidamente após a intervenção⁶. Ao final do tratamento houve melhora da postura sentada, na realização de transferências sem o auxílio das mãos e no equilíbrio estático. Mais notavelmente, a criança apresentou melhora do equilíbrio dinâmico, pois adquiriu a marcha independente a curtas distâncias, o que era possível apenas com apoio antes da introdução da intervenção (Figura 4).

A literatura sugere que intervenções utilizando vestes elásticas possuem efeitos limitados e heterogêneos na função motora grossa de crianças com PC^{8,10}. Um estudo realizado com duas crianças com diplegia espástica mostrou ganhos mínimos em algumas áreas das dimensões D e E da GMFM após a terapia intensiva com o *TheraSuit*, portanto os autores argumentaram que é necessária uma investigação mais aprofundada antes de recomendar o programa⁷. Uma revisão sistemática apresentou dados que sugerem uma boa evidência para uso do *Therasuit*, porém houve muitas

variações entre os estudos em relação ao tempo diário do tratamento, duração, exercícios realizados, fatores ambientais e períodos de descanso, portanto os resultados apresentaram pequeno efeito pós-terapêutico¹⁰. Já um estudo de caso único com uma criança com diplegia espástica reportou melhora significativa na função motora grossa, apresentando como resultado uma variação de 11.2% pré-pós tratamento¹⁸.



Figura 4. Alinhamento biomecânico nas posturas sentada e de pé com apoio, antes (A e B) e depois (C e D) da intervenção.

Em relação à limitação metodológica do estudo podemos destacar a amostra. Se o número de participantes fosse maior, o estudo forneceria uma base mais forte para generalização dos resultados. A maturação individual também é uma limitação em estudos realizados com crianças. Por fim, uma maior quantidade de avaliações, incluindo o período após o término da intervenção, poderia proporcionar informações sobre a manutenção dos efeitos em longo prazo.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, conclui-se que houve aumento significativo na pontuação da GMFM-66 após o início da terapia intensiva utilizando o PediaSuit, gerando benefícios para a função motora grossa de uma criança com PC do tipo quadriplegia espástica nas dimensões ajoelhada, em pé e andar, correr e pular, melhora do equilíbrio dinâmico, da postura e alinhamento biomecânico das articulações.

Diante dos resultados positivos, o Pedia Suit pode contribuir significativamente na melhora de crianças com PC, sendo uma opção de tratamento. Novas pesquisas são necessárias a fim de documentar os benefícios fornecidos e a eficácia desse novo programa de intervenção. A utilização de instrumentos que avaliem o equilíbrio também se faz necessária, visto que este fator pode ser uma barreira para o desenvolvimento de habilidades motoras.

REFERÊNCIAS

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49:9-14.
2. Rethlefsen SA, Ryan DD, Kay RM. Classification systems in cerebral palsy. *OrthopClin North Am* 2010; 41(4): 457-67.
3. Novak I. Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy. *J Child Neurol* 2014; 29(8): 1141-1156.
4. [OMS] Organização Mundial da Saúde. CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1ªed.São Paulo:Edusp, 2003, 242-244p.
5. Smits D, Gorter JW, Ketelaar M, Schie PE, Dallmeijer AJ, Lindeman E, et al. Relationship between gross motor capacity and daily-life mobility in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52: e60–e66.
6. Almeida KM, Fonseca ST, Figueiredo PRP, Aquino AA, Mancini MC. Effects of interventions with therapeutic suits (clothing) on impairments and functional limitations of children with cerebral palsy: a systematic review. *Braz J Phys Ther* 2017; 21(5): 307-320.
7. Bailes AF, Greve K, Schmitt LC. Changes in two children with cerebral palsy after intensive suit therapy: A case report. *Pediatr Phys Ther* 2010; 22(1): 76-85.
8. Frange CMP, Silva TOT, Filgueiras S. Revisão Sistemática do Programa Intensivo de Fisioterapia Utilizando a Vestimenta com Cordas Elásticas. *Rev Neurocienc* 2012; 20(4): 517-526.
9. Scheeren EM, Mascarenhas LPG, Chiarello CR, Costin ACMS, Oliveira L, Neves EB. Description of the PediaSuit Protocol™. *Fisioter Mov* 2012; 25(3): 473-480.
10. Martins E, Cordovil R, Oliveira R, Letras S, Lourenço S, Pereira I, et al. Efficacy of suit therapy on functioning in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol* 2016; 58(4): 348-360.
11. Alagesan J, Shetty A. Effect of modified suit therapy in spastic diplegic cerebral palsy - a single blinded randomized controlled trial. *Online J Health Allied Sci* 2011;9(4):14-16.
12. Bailes AF, Greve K, Burch CK, Reder R, Lin L, Huth MM. The effect of suit wear during an intensive therapy program in children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther*2011;23(2):136-142.
13. Christy JB, Chapman CG, Murphy P. The effect of intense physical therapy for children with cerebral palsy. *J Pediatr Rehabil Med* 2012;5:159-170.
14. Bar-Haim S, Harries N, Belokopytov M, et al. Comparison of efficacy of Adeli suit and neurodevelopmental treatments in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*2006;48:325-330.
15. Ko MS, Lee JA, Kang SY, Jeon HS. Effect of Adeli suit treatment on gait in a child with cerebral palsy: a single-subject report. *Physiother Theory Pract*2014;31(4):1-8.
16. Mahani M, Karimloo M, Amirsalari S. Effects of modified Adeli suit therapy on improvement of gross motor functioning children with cerebral palsy. *Hong Kong J Occup Ther* 2011;21:9-14.
17. Palisano, R.J., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., Galuppi, B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*1997; 39(4):214-23.
18. Neves EB, Scheeren EM, Chiarello CR, Costin ACM, Mascarenhas LPG. O PediaSuit™ na reabilitação da diplegia espástica: um estudo de caso. *Ver Efdesportes* 2012; 15(166): 1-8.
19. Russell DJ. Medida da função motora grossa: [GMFM-66& GMFM-88]: Manual do Usuário. 2ªed. São Paulo: Memnon, 2011, 1-159p

PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Perception of the family caregiver on nursing assistance in the framework of domiciliary care in the family health strategy

Marina Dayrell de Oliveira Limas¹, Barbara Camilo de Paula¹, Bruna Cristina da Silva¹, Karla Rona da Silva², Rosana Costa do Amaral², Lilian Machado Torres²

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária se materializa pela Estratégia Saúde da Família e o Enfermeiro se destaca ao estabelecer o cuidado de forma criativa e autônoma, partindo-se da compreensão do contexto familiar e suas interações. O domicílio é o local onde a família se desenvolve por inteiro e o cuidador familiar é aquele que assume a responsabilidade de cuidar de algum membro de sua família em condição de dependência, garantindo as suas necessidades básicas e coordenando suas atividades diárias. **Objetivo:** Descrever a percepção do familiar cuidador acerca da assistência do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, realizado num Centro de Saúde no município de Belo Horizonte-MG. Os dados foram coletados a partir de roteiro de entrevista e os conteúdos foram analisados no referencial de Bardin. **Resultados:** os cuidadores familiares, em sua grande maioria, evidenciam que a principal dificuldade encontrada na atuação do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar refere-se à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo a sua ausência, o que não permite a identificação do seu real papel e a sua importância. **Conclusão:** Torna-se essencial que o enfermeiro compreenda e valorize suas funções perante a comunidade, acredite na iniciativa e se comprometa, para que assim possa se tornar um sujeito ativo e o ponto de referência na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Relações profissional-família; Assistência domiciliar; Enfermagem familiar; Enfermagem.

¹Enfermeiros graduados pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ²Enfermeira, Doutor em Biomedicina. Professor Adjunto na Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. karlarona@bol.com.br. ³Enfermeira, Mestre em Gestão social, desenvolvimento local e educação em saúde. Professor Assistente na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. rosana.amaral@cienciasmedicasmg.edu.br. ⁴Enfermeira, Doutor em Ciências. Professor Adjunto e Coordenador do Curso de Enfermagem na Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. lilian.torres@cienciasmedicasmg.edu.br - **Autor correspondente:** Lilian Machado Torres. Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30130-110. Email: lilian.torres@cienciasmedicasmg.edu.br - Tel: (31)32487260 - Os autores declaram não existir conflitos de interesses. - Recebido em 01/11/2017 Aceito em 05/12/2017

ABSTRACT

Introduction: Primary Care materializes through the Family Health Strategy, where Nurses stand out through the possibility of operating in a creative and autonomous way, starting from the understanding of the family context and their interactions. The household is the place where the family develops in its entirety, the family caregiver being the one who assumes the responsibility of caring for a member of his family in a condition of dependency, guaranteeing his basic needs through the coordination of his daily activities. **Objective:** to describe the perception of the caregiver relative to the care of the nurse in the scope of home care in the Family Health Strategy. **Method:** This is a descriptive-exploratory study of a qualitative approach, carried out in a Health Center located in the city of Belo Horizonte. Data were collected through an unstructured questionnaire and analyzed using the Content Analysis method by Bardin. **Results:** family caregivers, for the most part, show that the main difficulty found in nurses' work in home care refers to the low frequency of visits or even their absence, which makes it difficult to identify their real role and its importance. **Conclusion:** it is essential that nurses understand and value their functions before the community, believe in the initiative and have commitment, so that it can become an active subject and the point of reference in the Family Health Strategy.

Key words: Professional-family relations; Home assistance; Family nursing; Nursing.

INTRODUÇÃO

O final da década de 80 no Brasil foi marcado por movimentos sociais pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população. Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde buscou transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurá-la como direito de todo brasileiro. Dois anos depois a Constituição Brasileira reconheceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade e integralidade¹.

Considerado um dos primeiros documentos a vislumbrar a necessidade de uma rede de atenção em saúde, o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) do Reino Unido, em 1920, abordou níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação, além de considerar mecanismos de integração e de informação².

Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, surgiu no Brasil a atenção primária à saúde (APS), também denominada atenção básica, a partir de ações individuais e coletivas de promoção e proteção, prevenção de agravos e reabilitação da saúde³.

Em 1994 o MS brasileiro criou o Programa Saúde da

Família (PSF)⁴, caracterizado como uma intervenção vertical para integração e organização das atividades⁵, no sentido de se sobrepor ao modelo biomédico assistencial vigente⁶.

Utilizada como ferramenta para operacionalizar a Estratégia Saúde da Família (ESF), no referido programa, surge a Atenção Domiciliar, definida pela Portaria 963/2013, como nova modalidade de atenção à saúde, prestada em domicílio, para garantir a continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção⁷. A visita domiciliar constitui-se uma atividade educativa e assistencial que permite ao enfermeiro conhecer as condições da comunidade, além de promover maior interação entre os profissionais, indivíduos e seus familiares⁸. São componentes fundamentais que fortalecem tal relação: definir a estrutura familiar, compreender os conceitos de saúde da família e evidenciar os elementos que compõem o conceito de família saudável⁹.

O enfermeiro que presta cuidados domiciliares desenvolve competências para um cuidado integral, habilidades no campo técnico-procedimental e atitudes embasadas na visão holística^{8,10-11}. Cabe ressaltar que nesse ambiente familiar as relações também são estabelecidas entre e com os cuidadores, que podem ou não ser membros desse grupo. Os principais cuidadores são os que se responsabilizam por um dos membros

em condição de dependência para as atividades da vida diária¹².

Sendo assim, emerge o seguinte questionamento: qual a percepção do familiar cuidador acerca da assistência prestada pelo enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família?

A hipótese é que o profissional enfermeiro tenha seu papel reconhecido e que a assistência por ele prestada seja diferenciada e efetiva nesse cenário alternativo de apoio aos usuários e famílias.

Considerando que o cuidado domiciliar representa um desafio, por exigir do profissional uma visão multifocal para as diferentes realidades e transformações contínuas da sociedade, o estudo apresenta-se relevante. O fato das equipes que realizam a visita domiciliar conhecerem como são identificadas sua presença e ações no seio das famílias contribui para novos desenhos de processos de trabalho na ESF que valorizem o vínculo tão necessário para a efetividade do cuidado em saúde. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de se discutir o papel do enfermeiro como instrumento na promoção da saúde que envolve aspectos científicos do cuidar autêntico ao conhecer, reconhecer e considerar o ser humano.

O estudo tem como objetivo descrever a percepção do familiar cuidador acerca da assistência do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa.

O cenário foi um Centro de Saúde de Belo Horizonte/MG que possui quatro equipes de saúde da família e uma de apoio, numa área com adscrição de 18.975 indivíduos distribuídos em 25 microáreas. Em todas as equipes há um enfermeiro que, além das atividades no próprio Centro de Saúde, realiza visitas aos domicílios.

Os participantes do estudo foram os 18 cuidadores de famílias atendidas nas visitas domiciliares. A partir da média histórica de três visitas realizadas pelos enfermeiros nos últimos seis meses, foram considerados critérios de inclusão as famílias que possuíam um cuidador familiar identificado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e que tenham recebido a visita do enfermeiro nos últimos seis meses anteriores ao período de coleta de dados. Foram excluídos os cuidadores que não conseguiram prestar

as informações.

Utilizou-se um roteiro de entrevista para a coleta de dados, contendo questões abertas sobre o tema. Os participantes foram identificados pela letra “E” (entrevistado), seguido de números ordinais inteiros que variaram de 1 a 18.

Após os contatos iniciais com as famílias, os procedimentos e o objetivo do estudo foram esclarecidos e os participantes que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura foram agendados os encontros para a coleta de dados. Cada encontro com essa finalidade durou em média 50 minutos, tempo em que se deu a explicação das questões e o preenchimento do instrumento de coleta pelos cuidadores familiares.

Em seguida, houve a transcrição das respostas obtidas para sua organização a fim de que se procedesse à análise de conteúdo dos depoimentos, no referencial de Bardin¹³.

O estudo seguiu orientações expressas na Resolução MS 466/2012¹⁴, que trata de pesquisas com seres humanos, e foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, sob o número 846.659 em 06/10/2014, e da Prefeitura de Belo Horizonte, sob o número 862.473 em 03/11/2014.

Aspectos éticos fundamentais de destaque neste estudo são a garantia de que não houve discriminação na seleção dos participantes na amostra, não ocorreu a exposição a riscos físicos aos indivíduos envolvidos e esteve garantida a privacidade dos usuários e de seus dados registrados. O TCLE levou em consideração o que está preconizado na Resolução 466/2012 e estava assegurada a preservação dos dados dos usuários, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 18 familiares cuidadores. Desse total 89% (n=16) eram do sexo feminino e 11% (n=2) do sexo masculino, com idades variando de 20 a 88 anos. Em relação à escolaridade 28% (n=5) possuíam ensino fundamental incompleto, 17% (n=3) ensino fundamental completo, 28% (n=5) não haviam completado o ensino médio, 11% (n=2) possuíam ensino superior incompleto e 17% (n=3) ensino superior completo.

No que se refere às atividades do cotidiano 28% (n=5)

estavam aposentados, 5% (n=1) eram estudantes, 17% (n=3) atuavam como donos de casa, 11% (n=2) atuavam como cuidadores de idosos, 11% (n=2) eram autônomos, 5% (n=1) como vendedores, 5% (n=1) eram professores, 5% (n=1) desempenhavam funções como técnicos em informática, 5% (n=1) como instrutores de manutenção e montagem de micro, e 5% (n=1) como artesãos.

Após leitura cuidadosa das respostas obtidas por meio das entrevistas procedeu-se à análise de conteúdo da variável de interesse. Foi possível identificar significados que puderam se agrupados em três categorias que se referem à assistência do enfermeiro no domicílio e a percepção dos cuidadores familiares: Sentindo a ausência do enfermeiro; Compreendendo o vínculo enfermeiro-indivíduo-família; e Entendendo o papel do enfermeiro.

Sentindo a ausência do enfermeiro:

Os participantes verbalizaram que a principal dificuldade encontrada na atuação do enfermeiro no âmbito da atenção domiciliar refere-se à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo à ausência delas:

“Eu acho que ele (enfermeiro) deve ter preguiça de subir esses morros daqui, porque veio só uma vez...”
(E14)

“...eu preciso de uma frequência maior, não que ele tenha que estar aqui todo dia, mas deveria vir mais.”
(E8)

Os usuários reconhecem a importância do enfermeiro nas visitas domiciliares, e a falta de contato com o profissional é apontada como prejuízo na satisfação das necessidades:

“É importante a presença da enfermeira nas visitas domiciliares para discussão do cuidado do paciente com os familiares. Ultimamente, não estamos percebendo benefício nenhum na atuação da enfermeira, pois ela não participa das visitas, e a meu ver seria de extrema importância e de grande crescimento sua participação.” (E1)

“Deveria ter mais enfermeiros para visitar, com maior frequência, para nos auxiliar melhor.” (E17)

Evidencia-se a importância da visita domiciliar e da presença do enfermeiro no domicílio, reclamada pelos participantes para que se forme o vínculo entre os envolvidos.

Compreendendo o vínculo enfermeiro-indivíduo-família:

O vínculo é reconhecido como ferramenta importante:

“Temos uma boa convivência com as enfermeiras. Às vezes, tornam-se até nossas amigas.” (E2)

“Esse vínculo é muito importante, pois é feito com atenção e carinho pelo enfermeiro.” (E9)

Os cuidadores acreditam que o vínculo se constrói por intermédio da conversa, do interesse, pela atenção e carinho dispensados, pela empatia, o respeito e a relação de confiança que se estabelece:

“A relação é excelente. É importante demonstrar interesse e ser gentil. O vínculo ocorre pelo contato frequente. Ele vem mesmo sem a gente pedir.” (E5)

“Para a criação do vínculo é importante a convivência, a simpatia, a confiança e o respeito.” (E11)

Entretanto, os depoentes afirmam que, para que existir o vínculo, é necessária a presença:

“Não tem vínculo paciente/enfermeiro, pois ele não tem sido presente.” (E3)

“Ainda não posso avaliar pelo fato de que ele (o enfermeiro) veio pouco aqui.” (E13)

“Não temos vínculo com a enfermeira. Para formar esse vínculo é importante que ela venha aqui, pois ela só veio uma vez.” (E15)

A ausência do profissional é percebida e sua influência no vínculo indivíduo/família/profissional é afetada, apesar da compreensão do papel do Enfermeiro.

Entendendo o papel do enfermeiro:

Os participantes ressaltam a importância do profissional, avaliam as formas de aproximação e expressam o desejo de maior proximidade:

“Uma pessoa muito prestativa e boa, que sabe fazer o serviço, e resolve tudo pra gente. Ele é muito interessado.” (E12)

“É tudo de bom. Ele é muito importante, tem que vir mais vezes.” (E12)

Alguns procedimentos técnicos são citados como parte da rotina do enfermeiro:

“Olha pressão, troca curativo, avalia temperatura. Ela sabe e acompanha tudo, ela está por dentro e o contato é geral.” (E5)

“Medição da pressão, dos batimentos cardíacos, procedimentos importantes para a família ficar ciente do quadro clínico do paciente.” (E11)

A relação de dependência é expressa em relação a cuidados e orientações, junto ao binômio indivíduo/família:

“Meu marido e filho dependem dos meus cuidados, por isso elas (as enfermeiras) são importantes. Mas eu preciso de uma frequência maior.” (E8)

“O enfermeiro reflete sobre o estado do paciente e orienta os familiares sobre como agir para o melhor cuidado ao paciente.” (E9)

O papel do profissional enfermeiro é reconhecido pelos cuidadores, sua presença é desejada, assim como o estabelecimento de vínculo que agregue valor aos cuidados necessários.

DISCUSSÃO

A visita domiciliar permite conhecer o contexto social e fortalece o contato próximo com as famílias para identificação das necessidades de saúde¹⁵. Facilita a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e a definição das intervenções e orientações para maior qualidade de vida¹⁶.

Entretanto, é desejável que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, mantenham comunicação efetiva com os membros da família, inserindo-os na atenção e tomada de decisão, o que contribui para os resultados em longo prazo¹⁷.

Os depoimentos fizeram emergir dificuldades percebidas pelos cuidadores sobre a atuação do profissional no âmbito da atenção domiciliar relacionada à baixa frequência de visitas realizadas ou até mesmo à ausência delas. Estudo sobre a importância para a equidade da atenção também evidenciou críticas, por parte dos entrevistados, pelo fato de que suas famílias não recebiam as visitas com frequência, apesar do desejo, em função de que alguns grupos e/ou situações mereciam prioridade¹⁸.

Outros autores, que avaliaram percepção do usuário sobre a visita domiciliar, apontaram características de obrigatoriedade e determinação pelos serviços para

que os profissionais efetivem esse acompanhamento¹⁹. Isso pode ser confirmado em outro estudo que ressaltou a dificuldade mais evidenciada para a realização da visita domiciliar ser sobrecarga de tarefas na Unidade Básica de Saúde (UBS) que consomem grande parte do tempo e, conseqüentemente, interferem na realização da visita¹⁵.

Constatou-se que o domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças. Simultaneamente, é um cenário que evidencia as relações sociais que contribuem para o fortalecimento do potencial de saúde ou do adoecimento dos indivíduos. De fato, pesquisadores defendem que o trabalho realizado no ambiente domiciliar permite ao enfermeiro conhecer a realidade e adentrar a subjetividade do indivíduo. A compreensão da visita domiciliar inclui as dimensões do cuidado individual e familiar e subsidia intervenções voltadas às suas necessidades reais²⁰.

Nesse contexto, são estabelecidos os vínculos na ESF, para os quais a visita passa a ser o instrumento das equipes no processo de inserção e conhecimento dos diversos cenários¹⁵. A ideia de vínculo requer uma relação interpessoal estreita, aprofundada no decorrer do tempo, à medida que ambos se conhecem gradativamente e melhor, mediante escuta, diálogo, respeito e confiança^{11,21-22}.

O conceito de vínculo, entretanto, é vasto e apresenta-se articulado aqueles relacionados à humanização, responsabilização e integralidade. O vínculo liga, aproxima e permite o envolvimento entre indivíduos. Torna-se importante fortalecê-lo, pois favorece relação de certeza e partilha de compromissos²³.

No presente estudo os cuidadores enfatizaram a presença do profissional como base para o estabelecimento de relações entre o serviço de saúde e família, por meio da visita domiciliar. Estudo que avaliou essa ação é ferramenta essencial para que a convivência e o contato constantes estejam favorecidos e mais sustentados pelo tempo emocional do que pelo tempo cronológico. Compreende-se que o tempo emocional é o espaço de cuidado que aproxima equipe e grupo familiar²⁰.

As ações que o enfermeiro desenvolve nos domicílios estão definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e abarcam, desde a atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes em todas as fases do desenvolvimento humano, até a realização de consultas de enfermagem, procedimentos e atividades em grupos.

Na maioria dos depoimentos o profissional foi identificado como pessoa interessada, prestativa e investigadora, que realiza procedimentos técnico-assistenciais, quando está presente. No entanto, existem outras atividades não identificadas pelos cuidadores, como o planejamento e gerenciamento das atividades do ACS e o funcionamento da unidade básica. Alguns autores assinalaram que o enfermeiro assemelha-se a um piloto da ESF, promovendo o acesso dos indivíduos e das famílias aos serviços e o estabelecimento de vínculo com a equipe multidisciplinar. Os autores incluem ainda a habilidade em compreender o ser humano como um todo, a capacidade de acolher e identificar as necessidades e expectativas, além de compreender as diferenças sociais.^{4,24}

A enfermagem é capaz de se aproximar, identificar e criar uma relação efetiva com o usuário, independente das suas condições econômicas, culturais e sociais, ou seja, busca aperfeiçoar as intervenções de cuidado em saúde²³. A atuação do enfermeiro na ESF para os usuários é muito importante, sendo indispensável que esse profissional acredite na iniciativa e se comprometa com a comunidade, por estar investido de papel de referência da Estratégia.

O estudo possui limitações considerando-se ter sido realizado em um único centro de saúde com um grupo de 18 famílias. No entanto, mais que a generalização dos resultados, buscou-se o seu aprofundamento para que as reflexões possam dar novo direcionamento às ações do enfermeiro nas visitas domiciliares.

CONCLUSÃO

A visita domiciliar é um forte componente para a promoção em saúde e quando devidamente utilizada pelos profissionais, com destaque, pelo enfermeiro, pode representar mudanças significativas à assistência prestada ao usuário e família.

Evidenciou-se que os cuidadores familiares, em sua grande maioria, não reconhecem o real papel do enfermeiro, associado à baixa frequência e ausência das visitas. Quando reconhecido, o fazer assistencial está condicionado à realização de procedimentos técnicos, não se estabelecendo vínculo entre indivíduo, seu cuidador e o profissional.

O processo de interação com o usuário e família se constrói não só por uma relação de submissão aos cuidados do enfermeiro, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação, confiança, respeito e empatia

entre ambos. O profissional precisa compreender e valorizar suas funções perante a comunidade para se tornar um dos atores na ESF.

Novos estudos em torno das práticas de saúde do enfermeiro na visita domiciliar, que possam abranger mais perspectivas e percepções, contribuirão para o aprofundamento teórico e prático sobre o tema, qualificando a proposta da Estratégia.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. (Série Brasil) [Internet] 2011;11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.
2. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc saúde coletiva 2010;15(5):2307-16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2006, 4, 9-11. Política Nacional de Atenção Básica.
4. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc saúde coletiva 2012;17(1):223-30.
5. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no sistema único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *Jorn cuid prim ger saúd* 2011;2(1):18-24.
6. Shimizu HE, Junior DAV. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc saúde coletiva 2012;17(9):2405-14.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013.
8. Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção dos enfermeiros. *Cogitare Enferm* 2011;16(3):492-7.
9. Kaakinen JR, Coelho DP, Steele R, Tabacco A, Hanson SMH. Family health care nursing: theory, practice and research. Library of Congress, Philadelphia: 5ed; 2015.
10. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev esc enferm USP* 2009;43(3):655-61.
11. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2011;15(4):802-10.
12. Silveira CL, Budó MLD, Silva FM, Durgante VL, Wunsch S, Simon BS et al. Cuidadora de familiar com doença crônica incapacitante: percepções, motivações e repercussões. *Rev enferm UFSM* 2012;2(1):67-78.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70ed; 1977.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 2012.

Utilização de um core set da CIF para a descrição da atividade e participação de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama

15. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família. *Rev Eletr Enf* 2014;16(1):161-9.
16. Silva KB, Santos SR, Marques PRT. A importância da visita domiciliar realizada pelo enfermeiro da estratégia de saúde da família. Centro Universitário UNIRG; 2012.
17. Davidson J, Jones C, Bienvenu J. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome - family. *Crit Care Med* 2012;40(2):618-24.
18. Mandu ENT, Gaiva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto contexto enferm* 2008;17(1):131-40.
19. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25(5):1103-12.
20. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm* 2009;14(4):667-74.
21. Baratieri T, Mandu ENT, Marcon SS. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia de saúde da família. *Cienc enferm* 2012; 18(2):11-22.
22. Bezerra IMP, Noronha FAT, Antão JYFL, Martins AAA, Machado MFAS, Silveira GL et al. Visita domiciliar e atenção à saúde: uma análise na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. *Convibra*. 2014.
23. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde* 2014;13(3):556-62.
24. Rangel RF, Fugali MM, Backes DS, Gehlen MH, Souza MHT. Avanços e perspectivas da atuação de enfermeiro em estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm* 2011;16(3): 498-504.