

Este é um arquivo PDF de um artigo que sofreu alterações após sua aceitação, tais como adição de metadados e formatação para melhor legibilidade, mas que ainda não é a versão final. Essa versão ainda irá passar por edições adicionais, composições (paginação, formatação de elementos de texto e gráficos) e revisão antes de ser publicada em sua versão definitiva, entretanto providenciamos esse arquivo para uma prévia do que será o artigo.

Como citar: Gomes AS, Rocha JA, Santos GR, Tavares RC. Orientações sobre transferências na redução da intensidade da dor lombar crônica de cuidadores familiares em um ambulatório de cuidados paliativos: estudo piloto. *Acta Fisiatr.* 2018;25(4): DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v25i4a163859>

Article in Press

1 GNP 1135 | Artigo Original

2

3 **Orientações sobre transferências na redução da intensidade da dor lombar crônica de**
4 **cuidadores familiares em um ambulatório de cuidados paliativos: estudo piloto**

5

6 ***Guidelines on transfers in the reduction of chronic low back pain intensity of family***
7 ***caregivers in a palliative care ambulatory: pilot study***

8

9 ¹Andressa da Silva Gomes, ²Juraci Aparecida Rocha, ³Guilherme Rodrigues dos Santos,
10 ⁴Ricardo Carvalho Tavares

11

12 1 Residente de Fisioterapia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

13 2 Médica, Núcleo de Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade de São
14 Paulo – FMUSP

15 3 Fisioterapeuta, Hospital das Clínicas de São Paulo – HCFMUSP

16 4 Médico Coordenador, Núcleo de Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da
17 Universidade de São Paulo – FMUSP

18

19 **Correspondência**

20 Andressa da Silva Gomes

21 E-mail: andressasg07@gmail.com

22

23 Submetido: 27 Março 2019.

24 Aceito: 18 Abril 2019.

25

26 **RESUMO**

27 **Objetivo:** Avaliar a eficácia de uma estratégia de orientações verbal e escrita sobre

28 transferências na redução da dor lombar em cuidador familiar de pacientes em cuidados

29 paliativos; o impacto no desempenho das tarefas diárias do cuidador antes e após a intervenção

30 e se a adesão às orientações resultou em melhora clínica significativa da dor e do desempenho

31 nas atividades. **Método:** Trata-se de ensaio clínico piloto, realizado no ambulatório de cuidados

32 paliativos do HCFMUSP. Foram avaliados 4 cuidadores familiares divididos em dois grupos. O

33 grupo intervenção recebeu orientação verbal e escrita e o grupo controle apenas orientação

34 verbal. A análise dos dados foi realizada através de medida de proporção e análise de

35 significância estatística pelo teste exato de Fisher. A correlação entre as variáveis será

36 realizada através de regressão logística. **Resultados:** Houve dificuldade no recrutamento com

37 influência direta no tamanho reduzido da amostra. Os resultados preliminares sobre a eficácia

38 da intervenção para redução de dor e aumento de desempenho em cuidadores familiares não

39 demonstraram significância estatística. A análise descritiva de aderência às recomendações

40 aponta para uma tendência promissora quanto à viabilidade da intervenção educativa.

41 **Conclusão:** A relevância deste ensaio piloto deve-se a avaliação preliminar do tempo

42 necessário para se recrutar um número adequado de participantes e a tendência de boa

43 aderência à intervenção. A dificuldade de recrutamento de pacientes em final de vida é

44 previsível devido ao tempo reduzido de sobrevivência e a complexidade do cuidado. A eficácia da

45 intervenção somente poderá ser demonstrada com o ajuste do tamanho da amostra.

46

Article in Press

47 **Palavras-chave:** Cuidadores, Movimentação e Reposicionamento de Pacientes, Dor Lombar,
48 Cuidados Paliativos

49
50 **ABSTRACT**

51 **Objective:** To evaluate the efficacy of strategy of verbal and written guidance on transference
52 in the reduction of low back pain in the family caregiver of patients in palliative care; the impact
53 on the performance of the daily tasks of the caregiver before and after the intervention and
54 whether adherence to the guidelines resulted in a significant clinical improvement of pain and
55 performance in the activities. **Method:** This is a pilot clinical trial, performed at the HCFMUSP
56 palliative care outpatient. Four family caregivers were divided into two groups. The intervention
57 group received verbal and written guidance and the group controlled verbal guidance. The
58 analysis of the data was performed by measurement of proportion and analysis of statistical
59 significance by the Fisher exact test. The correlation between the variables will be performed
60 through logistic regression. **Results:** Due to the small sample size, preliminary results on the
61 efficacy of the intervention to reduce pain and increase performance in family caregivers did not
62 demonstrate statistical significance. The descriptive analysis of adherence to the
63 recommendations points to a promising tendency towards the feasibility of the educational
64 intervention. **Conclusion:** The relevance of this pilot test is due to the preliminary evaluation of
65 the time needed to recruit an adequate number of participants and the tendency of good
66 adherence to the intervention. The difficulty of recruiting end-of-life patients is predictable due
67 to reduced survival time and the complexity of care. The effectiveness of the intervention can
68 only be demonstrated by adjusting the sample size.

69
70 **Keywords:** Caregivers, Moving and Lifting Patients, Low Back Pain, Palliative Care

71
72 **INTRODUÇÃO**

73
74 No Brasil estamos vivenciando um processo rápido de envelhecimento da população,¹ no
75 entanto esse processo não é acompanhado pela melhoria na qualidade de vida.² Estimativas
76 apontam uma relação direta entre o aumento da longevidade e doenças crônicas degenerativas
77 que geram dependência e perda de funcionalidade.³

78
79 Uma vez instalada uma doença com comprometimento funcional, o idoso necessitará de auxílio
80 parcial ou total em suas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e provavelmente do auxílio
81 de um cuidador. Esse, geralmente, é um membro da família, filho ou cônjuge, na maioria das
82 vezes do sexo feminino, que mora com o paciente, desempregado, com nenhum ou pouco
83 apoio social (suporte percebido por esse cuidador proveniente de familiares ou grupos sociais
84 que o cercam) e que não recebe nenhuma orientação relacionada ao cuidado, por exemplo,
85 para as transferências ou deslocamento do paciente.²

86
87 Além disso, o cuidador acumula funções de cuidado do doente, da casa e de trabalhos formais
88 e informais, deixando de cuidar da própria saúde física e psicossocial.^{2,3}

89
90 O cuidado do doente parcialmente ou totalmente dependente, muitas vezes exige do cuidador
91 posturas e estratégias motoras que ao longo do tempo, podem levar a disfunção osteomuscular
92 como: flexão de tronco associada a levantamento de peso, rotação de tronco e flexão (torção)
93 e tração do doente, o que pode gerar dor lombar.²

94
95 A dor lombar é uma das principais queixas entre os cuidadores familiares, essa se manifesta
96 na região entre a décima segunda costela e as pregas glúteas inferiores. É classificada quanto

Article in Press

97 à duração: aguda (duração até seis semanas), subaguda (duração entre seis semanas e três
98 meses) e crônica (duração maior que três meses). Quanto à etiologia, podem ser específicas
99 (menos que 15% dos casos) e inespecíficas (multifatoriais), onde, questões psicossociais
100 influenciam no aparecimento e intensidade dessa dor.⁴

101
102 Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é uma sensação
103 desagradável, associada a potencial lesão tecidual.⁵ O mecanismo da dor pode ser acionado
104 por um estímulo doloroso inicial que gera impulsos nervosos carregados por fibras nervosas (C
105 ou A-delta). Essas fibras fazem sinapse com neurônios do corno dorsal da coluna espinhal de
106 onde esses impulsos são conduzidos pela via neoespinalâmica ou pela via
107 paleoespinalâmica até o sistema nervoso central (SNC).⁶

108
109 Lesões periféricas contínuas induzem a neuroplasticidade que pode aumentar a percepção da
110 dor e favorecer o aparecimento de síndromes dolorosas crônicas. A dor crônica está em
111 constante modulação podendo cursar com aumento de mecanismos excitatórios endógenos de
112 controle da dor ou com perda de mecanismos inibitórios.⁶

113
114 Dessa forma, o estímulo doloroso constante pode resultar em um processo de
115 neuroplasticidade, diminuindo limiar de dor, afetando diretamente o desempenho nas
116 atividades e qualidade de vida do sujeito acometido.

117
118 Em nossa prática clínica no ambulatório de cuidados paliativos poucas orientações são dadas
119 diretamente ao cuidador direcionadas a sua saúde. No entanto, quando orientações são
120 realizadas, os mesmos não aderem, muitas vezes por não lembrarem das mesmas. O motivo
121 do esquecimento pode estar relacionado à enorme quantidade de informação para os cuidados
122 com seu familiar e/ou a falta de material impresso para auxiliar na fixação dessas orientações.

123
124 Tendo em vista que os cuidados paliativos têm como princípio prevenir e tratar sintomas e
125 oferecer suporte às demandas do paciente e sua família por meio de uma abordagem
126 multidisciplinar.⁷ Diante da escassez de estudos ambulatoriais com orientações voltadas
127 somente para o cuidador, faz-se necessário voltar o olhar para a saúde dessa população em
128 busca de promover qualidade de vida, funcionalidade e prevenir agravos à saúde do cuidador,
129 além de melhorar a qualidade do cuidado.

130
131 Deste modo acreditamos que orientações como posicionamento, pontos de apoio para
132 transferências e técnicas de mecânica corporal, são mais bem aceitas e assimiladas se
133 sugeridas na forma verbal e em folhetos/ impressos se comparado a apenas orientações
134 verbais.

135

136 OBJETIVO

137

138 O objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia de uma estratégia de orientações verbal e
139 escrita sobre transferências na redução da dor lombar em cuidador familiar de pacientes em
140 cuidados paliativos; o impacto no desempenho das tarefas diárias do cuidador antes e após a
141 intervenção e se a adesão às orientações resultou em melhora clínica significativa da dor e do
142 desempenho nas atividades.

143

144 METODO

145

Article in Press

146 Trata-se de um ensaio clínico piloto não randomizado e sem cegamento, aprovado pelo Comitê
147 de Ética em Pesquisa de um Hospital Universitário da cidade de São Paulo (número do parecer
148 3.008.871).

149
150 O estudo foi desenvolvido com a população de cuidadores familiares dos pacientes
151 acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos. Os participantes foram recrutados
152 inicialmente através do prontuário clínico de seus familiares eles deveriam ser idosos (≥ 60
153 anos) e parcialmente ou totalmente dependentes ($PPS \leq 40\%$). Escala de Performance
154 Paliativa (Palliative Performance Scale – PPS) é uma ferramenta utilizada nos cuidados
155 paliativos para avaliação da funcionalidade do paciente. Esta escala varia de 0 a 100 em
156 porcentagem e avalia a capacidade de realização das atividades básicas de vida diária (ABVDs)
157 e também pode registrar o declínio funcional ao longo do tempo, indicando assim tempo de
158 sobrevida e conseqüentemente auxiliando no processo de elaboração do plano de cuidados.⁸

159
160 Os voluntários foram informados sobre a pesquisa, primeiramente por telefone, e a inclusão no
161 estudo estava condicionada aos critérios de inclusão estabelecidos e a assinatura do Termo de
162 Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos cuidador maior de 18 anos, familiar
163 do paciente, cuidador principal, ou seja, estava à frente dos principais cuidados diretos ao idoso
164 dependente e que apresentava lombalgia crônica.

165
166 Foram excluídos os familiares que já apresentavam patologia diagnosticada que justificasse a
167 lombalgia antes de se tornarem cuidadores, cuidadores com câncer, doença ou operação no
168 trato urinário (essas afecções podem causar dor lombar e piorar a intensidade da dor já
169 existente), aqueles com tempo na função de cuidador menor que três meses (tempo necessário
170 para a formação de forças repetitivas que geram dor lombar) e seriam descontinuados os
171 cuidadores cujo idoso em que realiza o cuidado evoluísse com internação por quinze dias ou
172 mais ou viesse a falecer.

173
174 Devido à dificuldade de recrutamento por serem cuidadores principais e familiares, os mesmos
175 não foram randomizados. A escolha do grupo foi realizada de forma alternada, ou seja, o
176 primeiro voluntário recebeu a intervenção (cartilha), o próximo não e assim sucessivamente.

177
178 Foram dois tempos de avaliação com intervalo de um mês entre elas. Na primeira avaliação,
179 foram realizados:

180
181 1) Preenchimento de ficha com dados pessoais visando à caracterização da população
182 estudada;

183
184 2) Para avaliação da dor lombar utilizou-se a Escala Numérica de dor,⁸ cuja pontuação varia de
185 0 a 10. Os escores de dor são interpretados como: 0 = sem dor, 1-3 = dor leve, 4-6 = dor
186 moderada e 7-10 = dor intensa.⁹

187
188 Após breve orientação, o paciente relata a nota da dor que está sentindo e esta é registrada
189 em prontuário pelo avaliador;

190
191 3) Questionário de desempenho funcional de Roland Morris, para avaliar o impacto no
192 desempenho gerado pela lombalgia. Este questionário é composto por 24 itens que
193 exemplificam conseqüências funcionais decorrentes da lombalgia. O escore é calculado em
194 relação ao número de respostas afirmativas do indivíduo e quanto maior o escore, maior a
195 incapacidade do mesmo.

Article in Press

196 Esse questionário deve ser respondido considerando o momento da aplicação. Escore igual
197 ou superior a 14 representa o ponto de corte que caracteriza comprometimento importante no
198 desempenho das funções do indivíduo decorrente da lombalgia.¹⁰
199

200 E por fim as orientações eram treinadas com revezamento entre cuidador e avaliador. Os
201 cuidadores do grupo controle receberam apenas orientações verbais e o grupo de intervenção
202 recebeu orientações verbais e escritas por meio de uma cartilha.
203

204 A reavaliação após um mês das primeiras orientações consistiu da aferição da escala de dor,
205 aplicação do Questionário de Incapacidade de Roland-Morris e de verificação da adesão geral
206 às orientações. Este intervalo de tempo foi escolhido por ser utilizado pela maioria dos estudos
207 com proposta educativa, como os da Escola de Coluna.¹¹
208

209 O retorno também foi agendado apenas para o participante do estudo, sem a necessidade da
210 presença do paciente. Caso não tivesse como deixar o dependente desacompanhado, seria
211 reavaliado no dia concomitante a consulta, afim de que o paciente fosse atendido e seu
212 cuidador reavaliado.
213

214 Os dados coletados foram organizados em planilha Excel, sendo utilizado a função estatística
215 do Excel 2016 Office 350/Microsoft para os cálculos de dados quantitativos. A estatística
216 descritiva para as variáveis categóricas foi realizada pelo cálculo das frequências
217 (porcentagens) em cada categoria. Para as variáveis quantitativas optou-se pelo teste exato de
218 Fisher devido ao número reduzido de amostras. A correlação entre as variáveis será realizada
219 através de regressão logística após a adequação do tamanho da amostra.
220

221 RESULTADOS

222
223 De 200 pacientes acompanhados no Ambulatório de Cuidados Paliativos em 2018, 40 foram
224 selecionados, correspondendo a 40 cuidadores possíveis para participarem como voluntários
225 do estudo. Foi realizado contato telefônico, no qual foi explicado o projeto e perguntado se havia
226 interesse em participar sempre levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão.
227 Dos 40 cuidadores a amostra efetiva foi de apenas quatro (Figura 1).
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245

Article in Press

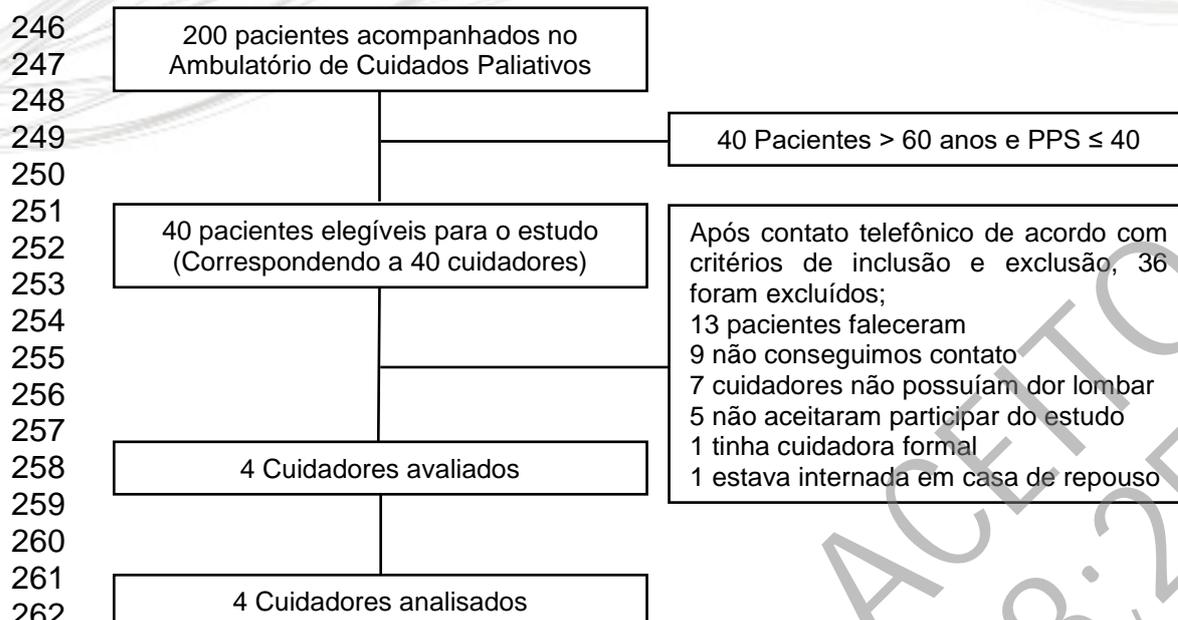


Figura 1. Organograma de desenvolvimento da amostra

Cada avaliação durou em torno de 50 minutos nos quais o projeto foi novamente explicado, cada cuidador assinou o TCLE, respondeu a uma ficha com dados pessoais para caracterização sociodemográfica e por fim eram realizadas avaliações e dadas às orientações. A reavaliação durou em média 30 minutos, pois nessa os voluntários retiravam as dúvidas sobre as transferências e respondiam novamente a Escala Numérica de Dor, Questionário de Incapacidade de Roland-Morris e se tinham aderido às orientações.

Na caracterização da amostra (Tabela 1) foram consideradas variáveis sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e se mora atualmente com o paciente que cuida. Pôde-se observar que dois são idosos (maior que 60 anos), logo dois são adultos de meia idade (40-60 anos). Do total três cuidadores eram mulheres. Apenas um tinha baixa escolaridade. Cerca de três cuidadores tinham entre 1-2 salários mínimos, dois trabalhavam de forma remunerada e todos moravam com o familiar que objeto de cuidado.

Tabela 1. Características Sociodemográficas dos cuidadores familiares de pacientes idosos do Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas de São Paulo

Variáveis	Numero	Cuidadores	Porcentagem %
Sexo			
Feminino	3		75%
Masculino	1		25%
Estado Civil			
Solteiro	1		25%
Separado	1		25%
Casado	2		50%
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	1		25%
Fundamental Completo	-		-
Médio Incompleto	-		-
Médio Completo	1		25%
Superior Incompleto	1		25%
Superior Completo	1		25%
Profissão			
Aposentado e trabalha	1		25%

Article in Press

Trabalho Remunerado	1	25%
Do Lar	2	50%
Renda Familiar		
< 1 Salário	-	-
1 – 2 Salários	3	75%
≥ 3 Salários	1	25%
Mora com o Paciente?		
Sim	4	100%
Não	-	-

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

Foram avaliadas também as características do cuidador em relação ao cuidado (Tabela 2): tempo de cuidador, se percebe apoio no cuidado, se escolheu ser cuidador, se foi orientado em relação às transferências, sente dor há quanto tempo, se a dor piorou após se tornar cuidador e se apresentavam alguma comorbidade.

Todos cuidadores cuidavam há mais de três anos do familiar, sendo que dois escolheram essa condição. Apenas dois cuidadores perceberam apoio no cuidado. Outros dois não haviam recebido nenhuma orientação até o presente estudo em relação às transferências do familiar. Todos voluntários apresentavam piora da lombalgia crônica após o início dos cuidados.

Tabela 2. Características do cuidador em relação ao cuidado prestado ao familiar

Variáveis	Cuidadores	
	Numero	Porcentagem %
Tempo de cuidador		
0 – 2 anos	-	-
3 – 6 anos	2	50%
7 – 10 anos	2	50%
Percebe apoio no cuidado		
Sim	2	50%
Não	2	50%
Escolheu ser cuidador		
Sim	2	50%
Não	2	50%
Foi orientado em relações as transferências		
Sim	2	50%
Não	2	50%
Sente dor há quanto tempo		
3 meses – 1 ano	1	25%
> 1 ano	2	50%
> 10 anos	1	25%
Dor piorou a se tornar cuidador		
Sim	4	100%
Não	-	-
Comorbidades		
DM e Dislipidemia	1	25%
Hérnia de disco e Artrose	1	25%
Lúpus	1	25%
Nenhuma	1	25%

295

Article in Press

296 A eficácia das orientações (verbal e escrita) sobre técnicas de transferência de pacientes com
297 PPS \leq 40% foram avaliadas através da Escala Numérica de dor (END) e do Questionário de
298 incapacidade Roland-Morris (QIRM). Os escores da END antes e após a intervenção estão
299 presentes na Tabela 3.

300
301 **Tabela 3.** Valores de END dos grupos pré e pós intervenção

Grupo Intervenção		
	END Pré	END Pós
Cuidador 1	8	6
Cuidador 3	6	7
Grupo Controle		
	END Pré	END Pós
Cuidador 2	10	5
Cuidador 4	6	5

302
303 Os escores referentes ao QIRM do grupo controle e intervenção estão expressos na Tabela 4.

304
305 **Tabela 4.** Valores de QIRM dos grupos pré e pós intervenção

Grupo Intervenção		
	QIRM Pré	QIRM Pós
Cuidador 1	14	13
Cuidador 3	8	10
Grupo Controle		
	QIRM Pré	QIRM Pós
Cuidador 2	15	15
Cuidador 4	3	2

307
308 Em relação à intensidade da dor, foi realizada a avaliação e reavaliação por meio da Escala
309 Numérica da Dor (END) com diferença de um mês entre elas.

310
311 **Tabela 5.** Avaliação da redução da dor lombar após a intervenção oral e escrita

	Satisfatória	Insatisfatória	Total	p
Grupo Intervenção	1	1	2	
Grupo Controle	1	1	2	0,82
Total	2	2	4	

313
314 A análise da redução da dor lombar após a intervenção oral e escrita foi efetuada por meio do
315 teste exato de Fisher. As variações dos valores da escala numérica de dor foram categorizadas
316 em dois grupos: redução da dor satisfatória e não satisfatória.

317
318 Neste estudo convencionou-se chamar de satisfatória a mudança de categoria que continha
319 escores maiores para uma de escores menores, por exemplo, de dor intensa para moderada,
320 e não satisfatória quando não houvesse mudança de categoria ou mudasse de uma categoria
321 com escores menores para uma de escores maiores. A Tabela 5 demonstra que não houve
322 associação estatisticamente significativa entre a intervenção e a melhora do nível da dor.

323

Article in Press

324 Para análise dos dados do Questionário de Incapacidade de Roland-Morris, também foi
325 utilizado o teste exato de Fisher. Foi estabelecido como ponto de corte para avaliação de
326 melhora do desempenho após a intervenção o QIRM com escore abaixo de 14 ou com ganho
327 de desempenho através da redução do QIRM após intervenção (Tabela 6).

328

329 **Tabela 6.** Avaliação do ganho de desempenho dos cuidadores após a intervenção

330

	QIRM melhora	QIRM piora	Total	p
Grupo Intervenção	1	1	2	0,82
Grupo Controle	1	1	2	
Total	2	2	4	

331

332 A Tabela 6 demonstra que não houve associação estatisticamente significativa entre a
333 intervenção e o ganho de desempenho.

334

335 Ao todo foram realizadas cinco orientações aos 4 voluntários. Na Tabela 7 pode-se observar
336 quais estratégias foram utilizadas e o quanto correspondem ao total das orientações.

337

338 **Tabela 7.** Adesão dos grupos às orientações sobre transferência

339

Grupo Intervenção		
Cuidadores	Orientações utilizadas	Adesão (%)
Cuidador 1	Mudança de decúbito, retirar da cama e colocar na cadeira	60%
Cuidador 3	Mudança de decúbito, levantar da cama e aumentar a base de	60%
Grupo Controle		
Cuidadores	Orientações utilizadas	Adesão
Cuidador 2	Mudança de decúbito e posicionamento das mãos	40%
Cuidador 4	Posicionamento das mãos, levantar na cama e colocar na cadeira	60%

340

341 Nota-se que a adesão às orientações sobre transferência de pacientes foi satisfatória nos dois
342 grupos estudados. No entanto não será possível correlacionar esta variável com a eficácia da
343 intervenção oral e escrita devido ao reduzido tamanho da amostra.

344

345 DISCUSSÃO

346

347 O presente estudo aponta algumas características socioeconômicas dos cuidadores a nível
348 ambulatorial em um Hospital Terciário de São Paulo. A maioria eram mulheres, corroborando
349 com os estudos nacionais e internacionais em relação ao perfil dos cuidadores de idosos. Esse
350 dado pode ser interpretado de forma superficial e antiquada, reforçando o pensamento
351 sociocultural de que as mulheres são responsáveis pelo cuidar e realizar atividades
352 domésticas.¹²

353

354 Porém, visto que papéis sociais estão em constante transformação, devemos tentar entender
355 o que levou essa mulher a essa função e como se relaciona com ela, assim o profissional da
356 saúde conseguirá propor ações direcionadas levando em consideração especificidades desse
357 público.¹³

358

Article in Press

359 É importante destacar a idade dos cuidadores, pois temos idosos e adultos de meia idade
360 cuidando de outros idosos. Com isso devem surgir novas demandas nos serviços de saúde,
361 pois o envelhecimento causa limitações físicas e funcionais que interferem no cuidado.¹²
362

363 Em relação ao nível de escolaridade a maioria tinha mais que nove anos de estudo. Este
364 achado está em desacordo com um recente estudo brasileiro que comparou perfil
365 sociodemográfico de cuidadores formais e informais, no qual os cuidadores formais tinham mais
366 de nove anos de estudo e os informais uma média de sete anos.¹³ Essa informação é relevante
367 na área da saúde, a fim de direcionar os profissionais a utilizar uma linguagem mais adequada
368 durante as orientações que seja efetiva para a promoção de saúde e prevenção de doenças.¹⁴
369

370 A questão socioeconômica está relacionada ao nível de escolaridade e nessa amostra a maioria
371 têm renda entre 1-2 salários mínimos e metade trabalham de forma remunerada. Entretanto, a
372 literatura nos traz que a maioria dos cuidadores relata não exercerem atividade remunerada e
373 se dedicam apenas ao cuidado, inclusive moram com o sujeito de quem cuidam, ou seja, estão
374 disponíveis as necessidades do familiar o tempo todo. Os cuidadores também afirmam que
375 gastam parte da sua própria renda nesse cuidado, o que acaba limitando gasto com ele próprio
376 o que contribui para a sobrecarga do cuidador.¹²
377

378 A sobrecarga do cuidador é multifatorial, dentre as causas podemos encontrar: a rotina de
379 cuidado ininterrupto (medicações de horário, consultas médicas, higiene, alimentação entre
380 outros), esforço físico, renda, sentimento de culpa, pressão social, isolamento social, tempo
381 que exercem a função, e um dos mais importantes é o nível de dependência do indivíduo
382 cuidado. Um estudo mostrou correlação significativa entre capacidade funcional e sobrecarga
383 do cuidador, ou seja, quanto mais dependente for o idoso, maior a sobrecarga e piora da
384 dor.^{12,13}
385

386 Possivelmente essa piora da dor pudesse ser prevenida ou amenizada com ações de educação
387 em saúde. Estratégia simples como a entrega de cartilhas com orientações e demonstrações
388 são úteis, na construção do conhecimento levando a melhores resultados individuais de
389 aprendizagem. É importante priorizar a aprendizagem porque o cuidador realizará a atividade
390 em casa, sem supervisão.¹⁵ Por isso, as orientações devem ser adaptadas e contextualizadas
391 ao meio em que o indivíduo vive e dadas de forma gradual diante de demandas reais. Assim
392 criam-se novos saberes, reforça-se o vínculo entre equipe de saúde e usuário,¹⁴ deixando-o
393 mais tranquilo e com maior percepção de apoio, apto para planejar o cuidado e
394 consequentemente com mais tempo para se cuidar.¹⁶
395

396 Nesse estudo tivemos boa adesão geral referida de três cuidadores. Deve-se considerar que
397 os cuidadores avaliados acompanham seus familiares há muitos anos no ambulatório, dessa
398 forma, pode-se pensar que eles têm um bom vínculo e acreditam no trabalho da equipe. Além
399 disso, muitos relatavam esperança de melhora da intensidade da dor e os participantes do
400 grupo intervenção também tiveram como aliada a cartilha de orientações, que tinha no mínimo
401 três funções: reforçar as informações e discussões orais, de servir como guia de orientações
402 para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões.¹⁷
403

404 Esse resultado também mostra que nem todas as orientações foram empregadas por todos os
405 cuidadores, reforçando a indicação supracitada em relação à demanda real e que nem todas
406 as orientações são úteis em todos os contextos.^{14,18}
407

Article in Press

408 Porém, esse dado se contrapõe a estudos brasileiros recentes em áreas de atenção domiciliar
409 que tiveram baixa adesão. Eles citam algumas barreiras: dificuldade de realizar as orientações,
410 dor e desmotivação.¹⁷ Realmente, seguir as orientações exige mudança de comportamento,
411 logo é necessária a motivação e entendimento do porquê seria melhor realizar de outra
412 maneira.¹⁹

413
414 No entanto, mesmo com as orientações e entrega de cartilha e boa adesão alguns pacientes
415 não tiveram redução satisfatória do nível de dor. Uma hipótese possível seria a sobrecarga dos
416 cuidadores avaliados. Dessa forma, pode-se supor que a dor possa não ser apenas física, mas
417 total, sendo influenciada por fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais impactando na
418 qualidade de vida do indivíduo e só após entender essas dimensões é que se pode agir de
419 forma efetiva sobre a causa,²⁰ sendo assim muito provavelmente apenas uma intervenção
420 como as orientações não seriam suficientes para causar um impacto a ponto de diminuir essa
421 dor de forma efetiva em todos os voluntários.

422
423 Como já citado anteriormente, outro fator a ponderar é a fisiopatologia da dor crônica, que
424 consiste na disfunção do sistema somatossensorial que resiste além do processo que a causou.
425 E por ser uma patologia complexa, não responde a medidas terapêuticas isoladas.⁵

426
427 Apesar das ponderações acima temos que admitir que este estudo contou com limitações
428 importantes pelo número reduzido da amostra, grande parte devido ao grande número de óbitos
429 e a complexidade do cuidado. Em pesquisa em cuidados paliativos isto já é esperado,
430 principalmente porque muitas vezes prestamos assistência a pacientes em final de vida e com
431 escores de PPS baixos e sobrevida reduzida.²¹

432
433 Além disso, o recrutamento fica prejudicado devido à dificuldade de disponibilidade do cuidador
434 que na maioria das vezes não dispõe de um substituto que possa cuidar do familiar dependente
435 em sua ausência, o que sobremaneira compromete a sua vinda ao hospital para participar da
436 pesquisa.

437
438 Quanto às orientações não sabemos como os voluntários as fizeram, pois era inviável
439 supervisioná-las no domicílio cujas adaptações à realidade com certeza seriam de grande valia
440 no sentido de melhorar desempenho durante os movimentos do cuidador, uma sugestão seria
441 fazer a orientação pelo menos uma vez no domicílio.

442
443 Outra limitação importante seria a avaliação da magnitude de dor, por tratar-se de uma variável
444 subjetiva que pode levar a viés de avaliação. Uma sugestão para redução deste problema seria
445 um diário de dor, no qual na frente de cada transferência estariam escalas numéricas de dor
446 que seriam preenchidas no momento de cada transferência para deixar mais fidedigno a
447 avaliação da diminuição do nível da dor e também facilitaria a avaliação da adesão dos
448 cuidadores, pois saberíamos com qual frequência realizariam cada transferência utilizando as
449 orientações.

450
451 A sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com funcionalidade reduzida é causa importante
452 de adoecimento do cuidador, muitas vezes levando a dor lombar crônica. A atuação da
453 fisioterapia através de estratégias de orientação oral e escrita no manejo de transferência
454 destes pacientes poderia minimizar os danos causados ao cuidador.

455
456 A finalidade deste ensaio clínico piloto é estudar esta temática, porém os resultados
457 preliminares alertam para a dificuldade em recrutar um número adequado de participantes

Article in Press

458 elegíveis devido a característica da população estudada, apesar de apontar para a
459 possibilidade de uma boa aderência a intervenção proposta. Não foi possível comprovar
460 estatisticamente a eficácia da intervenção através das variáveis estudadas devido ao tamanho
461 reduzido da amostra. A dificuldade de recrutamento em estudo de pacientes em final de vida é
462 previsível devido ao tempo reduzido de sobrevida e a complexidade do cuidado. A eficácia da
463 intervenção somente poderá ser demonstrada com o ajuste do tamanho da amostra. O tempo
464 de recrutamento da população elegível e a aderência a intervenção serão desafios importantes
465 a serem superados a fim de viabilizar o projeto.

466
467 Como já citado anteriormente, outro fator a ponderar é a fisiopatologia da dor crônica, que
468 consiste na disfunção do sistema somatossensorial que resiste além do processo que a causou.
469 E por ser uma patologia complexa, não responde a medidas terapêuticas isoladas.⁵

470
471 Apesar das ponderações acima temos que admitir que este estudo contou com limitações
472 importantes pelo número reduzido da amostra, grande parte devido ao grande número de óbitos
473 e a complexidade do cuidado. Em pesquisa em cuidados paliativos isto já é esperado,
474 principalmente porque muitas vezes prestamos assistência a pacientes em final de vida e com
475 escores de PPS baixos e sobrevida reduzida.²³ Além disso, o recrutamento fica prejudicado
476 devido à dificuldade de disponibilidade do cuidador que na maioria das vezes não dispõe de
477 um substituto que possa cuidar do familiar dependente em sua ausência, o que sobremaneira
478 compromete a sua vinda ao hospital para participar da pesquisa.

479
480 Quanto às orientações não sabemos como os voluntários as fizeram, pois era inviável
481 supervisioná-las no domicílio cujas adaptações à realidade com certeza seriam de grande valia
482 no sentido de melhorar desempenho durante os movimentos do cuidador, uma sugestão seria
483 fazer a orientação pelo menos uma vez no domicílio.

484
485 Outra limitação importante seria a avaliação da magnitude de dor, por tratar-se de uma variável
486 subjetiva que pode levar a viés de avaliação. Uma sugestão para redução deste problema seria
487 um diário de dor, no qual na frente de cada transferência estariam escalas numéricas de dor
488 que seriam preenchidas no momento de cada transferência para deixar mais fidedigno a
489 avaliação da diminuição do nível da dor e também facilitaria a avaliação da adesão dos
490 cuidadores, pois saberíamos com qual frequência realizariam cada transferência utilizando as
491 orientações.

CONCLUSÃO

492
493
494
495 A sobrecarga do cuidador familiar de pacientes com funcionalidade reduzida é causa importante
496 de adoecimento do cuidador, muitas vezes levando a dor lombar crônica. A atuação da
497 fisioterapia através de estratégias de orientação oral e escrita no manejo de transferência
498 destes pacientes poderia minimizar os danos causados ao cuidador. A finalidade deste ensaio
499 clínico piloto é estudar esta temática, porém os resultados preliminares alertam para a
500 dificuldade em recrutar um número adequado de participantes elegíveis devido a característica
501 da população estudada, apesar de apontar para a possibilidade de uma boa aderência a
502 intervenção proposta.

503
504 Não foi possível comprovar estatisticamente a eficácia da intervenção através das variáveis
505 estudadas devido ao tamanho reduzido da amostra. A dificuldade de recrutamento em estudo
506 de pacientes em final de vida é previsível devido ao tempo reduzido de sobrevida e a
507 complexidade do cuidado. A eficácia da intervenção somente poderá ser demonstrada com o

Article in Press

508 ajuste do tamanho da amostra. O tempo de recrutamento da população elegível e a aderência
509 a intervenção serão desafios importantes a serem superados a fim de viabilizar o projeto.

510

511 REFERÊNCIAS

512

513 1. Conceição LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev Med*
514 *Minas Gerais* 2010;20(1):81-91.

515

516 2. Vieira CPB, Fialho AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular
517 cerebral isquêmico. *Rev Rene.* 2010;11(2):161-9.

518

519 3. Castro LM, Souza DN. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais
520 familiares: o cuidar e o autocuidado. *Rev Interações.* 2016;12(42):150-62. DOI:
521 <https://doi.org/10.25755/int.11819>

522

523 4. Diogo JO, Botelho MA, HIGGS I. Lombalgia em idosos prestadores de cuidados familiares
524 - prevalência e características [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas
525 Universidade Nova de Lisboa; 2014.

526

527 5. Duval Neto GF. Dor aguda versus dor crônica. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira
528 JTT. *Dor: princípios e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2009. p.319-34.

529

530 6. Martelli A, Zavarize SF. Vias nociceptivas da dor e seus impactos nas atividades da vida
531 diária. *Uniciências.* 2013;17(1):47-51.

532

533 7. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial*
534 *guidelines.* 2 ed. Geneva: WHO; 2002.

535

536 8. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão
537 bibliográfica. *Rev Adm Saúde.* 2018;18(70).

538

539 9. Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in
540 adults: Which to use? *Am J Emerg Med.* 2018;36(4):707-714. DOI:
541 <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>

542

543 10. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MT. Correlação entre
544 um questionário de desempenho funcional e capacidade física em pacientes com
545 lombalgia. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(4):343-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552009005000046>

546

547
548 11. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back
549 Schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.*
550 2017;8:CD011674. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011674.pub2>

551

552 12. Furhman AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade
553 funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúcha*
554 *Enferm.* 2015;36(1):14-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>

555

Article in Press

- 556 13. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO, et al. Estudo
557 comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.*
558 2018;23(11):3789-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
559
- 560 14. Mallmann DG, Neto NMG, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Educação em saúde como
561 principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva.*
562 2015;20(6):1763-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
563
- 564 15. Zottmann JM, Dieckmann P, Taraszow T, Rall M, Fischer F. Just watching is not enough:
565 Fostering simulation-based learning with collaboration scripts. *GMS J Med Educ.*
566 2018;35(3):Doc35. DOI: <https://doi.org/10.3205/zma001181>
567
- 568 16. Fernandes BCW, Ferreira KCP, Marodin MF, Val MON, Fréz AR. Influência das
569 orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. *Fisioter*
570 *Mov.* 2013;26(1):151-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000100017>
571
- 572 17. Garcia CC, Santos FRPS, Santos MS, Negri NB. Adesão às orientações prescritas em
573 domicílio para pacientes com seqüela de acidente vascular encefálico. *ConScientiae*
574 *Saúde.*2018;17(2):144-1. DOI: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v17n2.8023>
575
- 576 18. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Valera-
577 Garrido JF, Collins SM. Self-management of chronic neck and low back pain and relevance
578 of information provided during clinical encounters: an observational study. *Arch Phys Med*
579 *Rehabil.* 2009;90(10):1734-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.012>
580
- 581 19. Arruda CS, Pereira JMV, Figueiredo LS, Scofano BS, Flores PVP, Cavalcante ACD. Efeito
582 do grupo de orientação em pacientes com insuficiência cardíaca crônica: ensaio clínico
583 randomizado. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2982. DOI:
584 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>
585
- 586 20. Carvalho LFGL, Branco TP. Avaliação da dor. In: Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM,
587 Polastrini RTV, Crispim D, Jales SMCP, et al. Manual da residência de cuidados paliativos:
588 abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole; 2018. p.109-15.
589
- 590 21. Maciel MGS, Carvalho RT. Palliative Performance Scale (PPSv2) - tradução Brasileira
591 para língua portuguesa. São Paulo; 2009.