



**Ana Clementina
Rocha Amaral**

**Perceção das pessoas idosas relativamente à dor e ao
seu impacto na funcionalidade**



**Universidade de
Aveiro
2016**

Departamento de Ciências Médicas

**Ana Clementina
Rocha Amaral**

**Perceção das pessoas idosas relativamente à dor
e ao seu impacto na funcionalidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Intervenção Comunitária, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Margarida Cerqueira, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Anabela Silva, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo esforço e apoio incondicional durante todo o meu percurso acadêmico.

o júri

Presidente

Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade
de Aveiro

Vogal – Arguente Principal

Professora Doutora Ana Alexandra da Costa Dias
Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão,
Engenharia Industrial e Turismo da Universidade de Aveiro

Vogal – Orientador

Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade
de Aveiro

Agradecimentos

Às professoras Margarida Cerqueira e Anabela Silva pela disponibilidade, incentivo, apoio, dedicação e orientação na realização desta dissertação.

Aos meus pais, pelo esforço, dedicação, apoio, persistência e pela paciência nas horas mais difíceis, e principalmente, por nunca me terem deixado desistir.

Às minhas irmãs e irmão, pela ajuda, dedicação e compreensão ao longo do meu percurso académico.

Aos meus amigos, Catarina e Tiago, pelo apoio, pela persistência e pela ajuda durante este percurso.

A todos que direta ou indiretamente ajudaram para a realização desta dissertação.

Palavras-chave

Pessoas Idosas, Dor Crónica, Funcionalidade

Resumo

Enquadramento Teórico: A dor crónica tem uma elevada prevalência nas pessoas idosas, o que tende a resultar numa maior dependência e vulnerabilidade e, por conseguinte, a comprometer o seu bem-estar e a sua funcionalidade.

Objetivos: Explorar a perceção da pessoa idosa em relação à sua dor e ao seu impacto desta na funcionalidade.

Metodologia: Estudo qualitativo, no qual se realizaram 15 entrevistas semiestruturadas individuais a pessoas idosas com dor crónica.

Resultados: Da análise dos dados emergiram 4 categorias e respetivas subcategorias: características da dor (localização, intensidade, qualidade, causa e fatores que agravam/aliviam); impacto da dor na vida diária (emocional, físico e interpessoal); estratégias para lidar com a dor (formais e informais) e perspetiva das outras pessoas (profissionais de saúde e família, amigos e vizinhos).

Conclusão: As pessoas idosas consideram que a dor tem um impacto negativo a diversos níveis, principalmente nas suas atividades de vida diária. Também consideram que a dor influencia negativamente a forma como estas lidam com as pessoas mais próximas.

keywords

Elderly, Chronic Pain, Functionality

abstract

Background: Chronic pain has a high prevalence in the elderly, which tends to result in greater dependence and vulnerability and compromises their well-being and functioning.

Objectives: To explore the perception of the elderly in relation to their pain and its impact on functioning.

Methods: Qualitative study, consisting of 15 individual semi-structured interviews to older adults with chronic pain.

Results: From data analysis 4 categories emerged and respective sub-categories: pain characteristics (location, intensity, quality, causes and factors that aggravate/ease); impact of pain on daily life (emotional, physical and interpersonal); strategies to deal with the pain (formal and informal) and perspective of others (health professionals and family, friends and neighbors).

Conclusion: Elderly people consider that pain has a negative impact at various levels, especially on their ability to perform activities of daily life. They also consider that pain influences negatively the way they deal with family and friends.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Envelhecimento e tipos de idade	3
2.2. Envelhecimento demográfico	3
2.3. Idadismo	4
2.4. Dor crónica	5
2.5. Dor crónica na pessoa idosa	7
2.6. Dor crónica e funcionalidade na pessoa idosa	8
3. METODOLOGIA	10
3.1. Objetivo do estudo	13
3.2. Desenho do estudo	13
3.3. Considerações éticas	13
3.4. Amostra	13
3.5. Procedimentos de recolha de dados	15
3.6. Instrumentos de recolha de dados	15
3.7. Análise de dados	17
4. RESULTADOS	19
4.1. Caracterização da amostra	19
4.2. Caracterização das pessoas idosas	20
4.3. Perceção das pessoas idosas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade	20
4.3.1. Características da dor	20
4.3.2. Impacto na vida diária	23
4.3.3. Estratégias para lidar com a dor	26
4.3.4. Perspetiva das outras pessoas	28
5. DISCUSSÃO	31
6. CONCLUSÃO	35
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

8.	APÊNDICES	40
	Apêndice I – Folhas de Informação	40
	Apêndice II – Consentimento Informado	42
	Apêndice III – Guião da Entrevista	43
	Apêndice IV – Questionário de Caracterização Sociodemográfica	44
9.	ANEXOS	46
	Anexo I – Short Portable Mensal Status Questionare	46
	Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor	47
	Anexo III – Parecer do Comité de Ética	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra	19
Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas	20

Abreviaturas e Siglas

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

OARS – *Older Americans Resources and Services Program*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

QAFMI – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos

SPMSQ – *Short Portable Mental Status Questionnaire*

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial que tem vindo a aumentar consideravelmente. Prevê-se que em 2025 exista um total aproximadamente de 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos e que tenderá a aumentar para 2 mil milhões até 2050 (OMS, 2012). Portugal, em 2013, tinha uma população idosa de 19,9% em comparação com 14,6% da população jovem, prevendo-se também um aumento significativo destes valores para 2060 (INE, 2014).

Nesta população é comum o aparecimento da dor crónica. Num estudo realizado em Portugal (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012) verificou-se que 36,7% da população adulta tinha dor crónica e que esta tendia a aumentar com a idade, apresentando uma prevalência de 65,7% na faixa etária dos 70 aos 74 anos. Paralelamente à sua elevada prevalência, a dor está associada a uma diminuição da autoeficácia (*self-efficacy*), do nível de autonomia e da independência da pessoa idosa, impedindo-a muitas vezes de realizar as atividades da vida diária, assim como limitando a sua capacidade de interação e de convívio social, o que diminui consideravelmente a sua qualidade de vida (Celich & Galon, 2009).

As imagens que as pessoas idosas têm do processo de envelhecimento e da velhice tende a influenciar os seus comportamentos, traduzindo-se em possíveis barreiras à sua funcionalidade (Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2002). Desta forma, também a perceção da pessoa sobre a própria dor pode desempenhar um papel importante no impacto funcional que esta tem no seu dia-a-dia (Hoving, van der Meer, Volkova, & Frings-Dresen, 2010).

O presente estudo tem como principal objetivo explorar a perceção de pessoas idosas em relação à sua dor e ao seu impacto na funcionalidade. Esta dissertação encontra-se dividido em 6 partes. Nesta primeira parte, (1) Introdução, onde se apresentaram os temas principais e o objetivo do estudo; (2) Enquadramento teórico, onde se apresenta a revisão bibliográfica referente ao envelhecimento, à dor crónica nas pessoas idosas e ao impacto da dor na funcionalidade; (3) Metodologia, onde está descrito a amostra, os instrumentos de recolha de dados e

os procedimentos utilizados no estudo; (4) Resultados, onde são apresentados os resultados do estudo; (5) Discussão, onde são discutidos os resultados obtidos; e (6) Conclusão: onde são apresentados os aspetos mais relevantes do estudo.

Passa-se de seguida para o enquadramento teórico desta dissertação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente enquadramento inicia-se com uma abordagem ao conceito de envelhecimento e tipos de idade. Num segundo ponto é referido o envelhecimento demográfico, remetendo para dados estatísticos internacionais e particularizando para dados nacionais. Um terceiro, referente ao idadismo e as suas implicações na sociedade e, um quarto ponto, onde se aborda a dor e a dor crónica, em particular, quais as suas especificidades e a sua associação com a funcionalidade.

2.1. Envelhecimento e tipos de idade

O processo de envelhecimento é um processo progressivo, heterogéneo e diferenciado, dado que cada indivíduo possui um ritmo próprio (variabilidades interindividual e intraindividual) (Fontaine, 2000). Este processo diferenciado depende de vários fatores, sendo estes genéticos (intrínsecos) e ambientais (extrínsecos) (Fechine & Trompieri, 2012). Por este motivo, para além da idade cronológica (associada à data de nascimento), considera-se que no processo de envelhecimento podem ainda coexistir quatro tipos de idade (Cancela, 2008; Fechine & Trompieri, 2012; Fontaine, 2000): a biológica, a psicológica, a social e a funcional.

A idade biológica reporta-se ao envelhecimento orgânico, isto é, às modificações nos órgãos decorrentes do processo de envelhecimento ao longo da vida e que tendem a resultar num funcionamento menos eficiente (Fontaine, 2000). A idade biológica está associada ao envelhecimento primário, também denominado envelhecimento normal e está sujeita a influência de fatores como exercício, dieta, estilos de vida, educação e posição social (Fechine & Trompieri, 2012). Algumas das características mais comuns são a perda da elasticidade da pele, da força muscular, de cabelo e a diminuição das defesas imunitárias (Balcombe & Sinclair, 2001).

Quanto à idade psicológica, está relacionada com as competências comportamentais como resposta às mudanças do ambiente. Nesta incluem-se a

inteligência e a motivação e está associada ao envelhecimento secundário, resultante das interações com fatores externos (Fechine & Trompieri, 2012).

No que diz respeito à idade social, esta é a relativa ao papel e estatuto dos indivíduos na sociedade (Fontaine, 2000). A cada grupo etário a sociedade atribui um determinado papel social ao qual são esperados determinados comportamentos. Com a passagem de adulto para pessoa idosa modificam-se os estatutos: o indivíduo passa de trabalhador, ativo e assalariado para os reformados e inativos (Fontaine, 2000).

Por último, a idade funcional, refere-se à capacidade do indivíduo para executar as tarefas diárias (Cancela, 2008). Com o avançar da idade os indivíduos tendem a ter maior dificuldade na realização de certas tarefas do seu quotidiano, sejam elas cognitivas ou físicas.

Deste modo, entende-se o envelhecimento como um processo que varia de indivíduo para indivíduo, tendendo a estar associado a uma diminuição geral das capacidades das pessoas idosas na realização de atividades da vida diária (Fechine & Trompieri, 2012).

2.2. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população é um fenómeno que se tem vindo a evidenciar em contexto mundial. Esse deve-se a fatores como o decréscimo acentuado da natalidade e o aumento da esperança média de vida. Neste sentido, passou-se a verificar uma pirâmide invertida, ou seja, um maior relevo no topo da mesma (população idosa). Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em termos mundiais existiam, em 1950, 205 milhões de pessoas com mais de 60 anos, em 2000 aproximadamente 400 milhões e, em 2012, 810 milhões. Estima-se que em 2050 este número atinja aproximadamente 2 mil milhões de pessoas idosas, o que corresponderá cerca de 20% da população mundial (OMS, 2012).

No que concerne ao território nacional, em 2013, Portugal apresentava um envelhecimento demográfico acentuado, com uma população jovem (pessoas com 14 ou menos anos) que representava 14,6% e uma população idosa (65 anos ou

mais) 19,9% (INE, 2015). Existiam, assim, 128 idosos por cada 100 jovens, prevendo-se que esta tendência se mantenha em 2060, com um decréscimo da população jovem e um aumento significativo da população idosa (INE, 2014). Este aumento deve-se ao facto de se estimar que a esperança média de vida à nascença, em 2060, se situe nos 84 anos para os homens e 89 anos para as mulheres (INE, 2014).

Estas alterações nas estruturas etárias mundiais e, em particular, na portuguesa, exigem respostas quanto às políticas de saúde e de apoio social no que ao envelhecimento demográfico diz respeito, bem como quanto à forma como a sociedade se organiza quer interna, quer financeiramente (Cancela, 2008). No entanto, também a forma como as próprias pessoas percecionam o seu processo de envelhecimento e a velhice tende a influenciar as suas decisões e estilos de vida.

2.3. Idadismo

A representação que os indivíduos têm de um determinado grupo social tende a determinar a forma como se relacionam com os elementos desse mesmo grupo (Lima, Marques, Batista, & Ribeiro, 2010). O conceito de imagem, quando aplicado ao quotidiano do ser humano, relaciona-se com o que é externo e visível (como o corpo), mas também com ideias (como arquétipos, estereótipos, imaginação, imaginário) (Costa & Santos, 2014). As atitudes discriminatórias evoluem com a cultura de uma dada sociedade e têm influência na forma como as pessoas encaram o processo de envelhecimento e a velhice. A par do racismo e do sexismo o idadismo é tido como uma ofensa aos direitos humanos fundamentais. Este tem efeitos no comportamento das próprias pessoas idosas. (Costa & Santos, 2014).

O conceito de idadismo (*ageism*) surgiu em 1969, cunhado por Robert Butler, procurando retratar o processo de estereotipação e de discriminação sistemático relativo a pessoas idosas, baseando-se somente no critério da idade, considerando-se que o envelhecimento torna as pessoas menos atrativas, menos inteligentes, menos produtivas e assexuadas (Fuentes & Negredo, 2010). Atualmente o idadismo é tido como um processo de discriminação sistemático mas em relação as

diferentes faixas etárias, podendo assumir tanto uma natureza positiva como negativa (discriminação positiva ou negativa), assim como um carácter pessoal ou institucional (Nelson, 2002). Ao assumir quer uma natureza positiva quer negativa, a discriminação idadista acarreta repercussões distintas. Pessoas idosas expostas a estereótipos positivos tendem a ter comportamentos mais saudáveis, o que exerce um efeito protetor, estabilizando as mudanças fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento. Desses estereótipos positivos face às pessoas idosas destaca-se a ideia de que têm mais liberdade, uma maior estabilidade económica, mais disponibilidade e tempo para o lazer (Neri & Jorge, 2006). No que diz respeito aos estereótipos negativos, as pessoas idosas expostas a esses tendem a apresentar uma visão estereotipada do envelhecimento, manifestando uma menor autoestima e sentindo uma redução na autoeficácia e na vontade de viver (Costa & Santos, 2014). Existem vários estereótipos negativos, nomeadamente os associados à doença, à impotência sexual, à fealdade, ao declínio mental, à doença mental, à inutilidade, ao isolamento, à pobreza e à depressão (Fuentes & Negro, 2010; Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2002). O serem retratadas como dependentes, frágeis e uma sobrecarga para os recursos da comunidade (Costa & Santos, 2014), poderá traduzir-se numa discriminação efetiva, seja em contexto familiar ou social, ou seja, ao reforço das imagens idadistas. Por outro lado, essas mesmas imagens idadistas tendem a ser aceites e assumidas pelas próprias pessoas idosas, traduzindo-se em barreiras à sua funcionalidade (Magalhães et al., 2002). Influenciando os seus comportamentos, tendem a levá-las a adotar comportamentos menos ativos (física e mentalmente) e conduzindo a sentimentos de frustração pela não concretização das suas aspirações em participar na sociedade (Costa & Santos, 2014).

Também a perceção das pessoas idosas sobre a sua própria dor pode desempenhar um papel importante no impacto funcional que essa tem no seu dia a dia (Hoving, van der Meer, Volkova, & Frings-Dresen, 2010). Para além disso, também as perceções (crenças e cognições) de pessoas próximas tendem a afetar a forma como essas lidam com a sua dor (McCluskey, Brooks, King, & Burton, 2011).

2.4. Dor crónica

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) a dor é considerada uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não a lesão dos tecidos e relacionada com a memória individual, expectativas e emoções de cada indivíduo (Celich & Galon, 2009). Devido ao seu carácter subjetivo e pessoal, envolvendo aspetos físicos, psicológicos e culturais, é ainda caracterizada como uma experiência multidimensional (Dellaroza & Furuya, 2008; DGS, 2008; Sousa, 2002).

No que respeita ao controlo da dor, este deve ser tido como uma prioridade na prestação de serviços de saúde e por forma a ser possível escolher o melhor tratamento ou a conduta terapêutica adequada ao problema (e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do indivíduo). Esta avaliação da dor não pode ser feita por instrumentos físicos, como aqueles que calculam a temperatura, a pressão sanguínea, o pulso, a altura e o peso corporal (Sousa, 2002), mas sim por instrumentos que avaliam a perceção da dor, os quais podem ser unidimensionais, i.e. quantificam ou qualificam a experiência dolorosa em uma única dimensão, (como a intensidade), e multidimensionais, que quantificam ou qualificam as suas múltiplas dimensões (Andrade, Pereira, & Sousa, 2006).

A interpretação que o próprio indivíduo tem sobre a dor é a melhor forma de medir e avaliar a mesma, pelo que a entrevista clínica e os questionários de autorrelato são os instrumentos considerados como os mais adequados para recolher os dados em relação à experiência da dor nas suas diversas dimensões (Gomes, 2008; Rabiais, Nogueira, & Falcão, 2004). Contudo, nem todos os indivíduos interpretam e expressam a dor da mesma maneira, uma vez que esta resulta de um conjunto de experiências passadas relativas à dor, de valores, e de expectativas culturais e emocionais (Celich & Galon, 2009). Enquanto alguns indivíduos aceitam e adaptam-se à dor, continuando a realizar as suas tarefas quotidianas, outros alteram os seus comportamentos, desenvolvendo um conjunto de características comportamentais e psicológicas que favorecem um agravamento da sua condição (Gomes, 2008).

Do ponto de vista da sua duração, a dor pode ser aguda ou crónica. A dor aguda é uma dor temporária, que se resolve por si só ou por tratamento adequado, tendo uma função de alarme do organismo. Já a dor crónica é considerada uma doença, e não um sintoma, distinguindo-se da anterior pela regularidade e persistência dos episódios, não tendo a função de sinal de alerta do organismo (Gomes, 2008). Pode ser definida como dor contínua, recorrente e que ultrapassa o período de recuperação esperado, isto é, aquela que persiste para além do tempo normal para a cura da lesão (Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007). Alguns autores consideram dor crónica aquela com duração maior que seis meses (Celich & Galon, 2009; Gomes, 2008) e outros defendem que tem que ter uma duração mínima de três meses (Dellaroza & Furuya, 2008). Para fins desta dissertação, será considerada dor crónica aquela com duração mínima de três meses.

A dor crónica tem uma influência negativa no quotidiano dos indivíduos, colocando em risco a sua qualidade de vida através do compromisso funcional e incapacidade progressiva, assim como pelo custo socioeconómico associado (Dellaroza & Furuya, 2008). Associados a quadros de dor crónica encontram-se fatores como fadiga, distúrbios do sono, desesperança, depressão, dificuldade de concentração, incapacidade funcional, obstipação ou náuseas, afastamento social, sentimento de morte, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, dependência e desequilíbrio económico (Cunha & Mayrink, 2011).

2.5. Dor crónica na pessoa idosa

Estima-se que a dor crónica afete aproximadamente um em cada 10 adultos, cerca de 20% da população adulta a nível mundial (Goldberg & McGee, 2011). Num estudo realizado no Brasil com 451 pessoas com idade superior a 60 anos, constatou-se uma prevalência de dor crónica de 51,4% (Dellaroza et al., 2007). Noutro estudo, no mesmo país, com 1597 pessoas com mais de 18 anos verificou-se uma prevalência global de 42%, aumentando para 60,2% referente aos participantes com idade superior a 50 anos ou mais (Vieira, Garcia, Silva, Araújo, & Jansen, 2012). Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, com 744 pessoas com mais de 74 anos verificou-se uma prevalência de dor de 65%, sendo

que 50% dos participantes relataram que a dor tinha influência no desempenho das suas atividades diárias (Weaver et al., 2009). Num outro estudo, realizado na Suécia com 4093 participantes com idade entre os 75 e os 105 anos (Jakobsson, Klevsgård, Westergren, & Hallberg, 2003), verificou-se um aumento da prevalência de dor com o avançar da idade: 34,1% na faixa etária dos 75-79 anos, 41,5%, na dos 80-84 anos, 34,5%, na dos 85-89 anos e 50,1% na faixa etária dos mais de 90 anos. No que diz respeito à prevalência da dor crónica em Portugal, um estudo recente (Azevedo et al., 2012) realizado com 5094 participantes apontou para uma prevalência de 36,7% na população adulta em geral, a qual aumentava à medida que a idade dos participantes avançava, apresentando uma prevalência de 65,7% na faixa etária dos 70 aos 74 anos. Noutro estudo, também realizado em Portugal sobre a frequência da dor (Rabiais et al., 2004) com uma amostra de 1414 participantes com idades superior a 18 anos, foi feita uma entrevista telefónica: nos sete dias anteriores à entrevista 73,7% dos inquiridos referiram ter sentido dor e 49,6% manifestaram ter sentido mais do que um tipo de dor nesses mesmos sete dias.

Apesar da prevalência da dor tender a aumentar com a idade, as regiões mais afetadas referidas pelas pessoas idosas tendem a ser semelhantes às referidas pelos indivíduos de faixas etárias mais baixas, sendo os membros inferiores e a coluna (regiões dorsal e lombar) as mais comumente afetadas (Celich & Galon, 2009; Dellarozza et al., 2007). Num estudo realizado por Celich e Galon (2009), com uma amostra de 48 pessoas idosas com dor crónica, as regiões do corpo com dor referidas por um maior número de participantes foram a coluna lombar (44,4%), seguida dos membros inferiores (40,7%), em particular os joelhos (25,9%). Num outro estudo, realizado por Dellarozza e colaboradores (2007), com uma amostra de 232 pessoas idosas, as regiões mais afetadas foram a coluna dorsal (21,7%) e os membros inferiores (21,5%). Ainda num outro estudo, realizado um ano mais tarde por Dellarozza e Furuya (2008), com uma amostra de 172 pessoas idosas, os resultados foram semelhantes, sendo as regiões mais afetadas referidas os membros inferiores (31,4%) e a região dorsal (30,2%).

A dor nas pessoas idosas é um problema de saúde pública que merece ser diagnosticado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais (Celich & Galon, 2009). Contudo, muitas vezes as pessoas idosas não denunciam o problema, o que interfere numa adequada avaliação e tratamento da experiência dolorosa. Existe a ideia errada de que a dor é uma consequência natural e esperada do processo do envelhecimento, o que pode levar as pessoas a não procurarem ajuda juntos dos profissionais de saúde, mesmo quando a dor se torna insuportável (Celich & Galon, 2009). Por outro lado, as alterações cognitivas, sensório-percetivas e motoras também interferem na capacidade de comunicação das pessoas idosas, o que também pode afetar a qualidade da avaliação feita pelos profissionais de saúde decorrente desses relatos.

O contexto em que a dor surge consiste num fator importante na resposta por parte do indivíduo que a sente, podendo alterar essa mesma resposta e/ou a percepção da dor (Andrade et al., 2006). Assim, fatores étnicos, culturais, demográficos, sociais, familiares ou espirituais tendem a influenciar e podem modificar a resposta à dor. Estes mesmos fatores também influenciam a percepção de terceiros, como por exemplo os profissionais de saúde, relativamente à magnitude e intensidade da experiência dolorosa vivenciada pelo indivíduo (Andrade et al., 2006). Desta forma, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para atender a essas necessidades, fazendo uma avaliação adequada da dor e do seu impacto por forma a aplicar o tratamento mais adequado à situação, proporcionando o alívio dessa dor, bem como o conforto associado a uma melhor qualidade de vida (Celich & Galon, 2009).

2.6. Dor crónica e funcionalidade na pessoa idosa

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade diz respeito ao aspeto que envolve as funções/estruturas do corpo, bem como as atividades e a participação do indivíduo na sociedade (OMS, 2004). A CIF classifica a saúde e os estados relacionados com a mesma, servindo de apoio a avaliações em contextos como o científico, clínico,

educativo e de política social, ajudando a tomadas de decisão dos diferentes profissionais, entre os quais se inserem os de saúde (OMS, 2004).

A dor, paralelamente à sua elevada prevalência, está associada a uma diminuição da autoeficácia (*self-efficacy*), do nível de autonomia e de independência da pessoa idosa, impedindo-a muitas vezes de realizar as atividades da vida diária, assim como limitando a sua capacidade de interação e de convívio social, e o que diminui consideravelmente a sua qualidade de vida (Celich & Galon, 2009). A dor crónica pode exercer uma influência negativa na qualidade de vida das pessoas idosas, pois limita as suas atividades do seu dia-a-dia, nomeadamente no aumento de agitação, de risco de stresse e de isolamento social (Andrade et al., 2006). Num estudo sobre a prevalência e caracterização da dor crónica em pessoas idosas não institucionalizadas, Dellarozza, Pimenta e Matsuo (2007) consideraram que a intensidade da dor crónica nas pessoas idosas interferia na sua qualidade de vida, comprometendo a funcionalidade. Num outro estudo realizado por Cunha e Mayrink (2011), com o objetivo de avaliar a influência da dor crónica na qualidade de vida das pessoas idosas, numa amostra de 50 idosos, utilizaram como instrumentos de avaliação o questionário WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e a Escala Visual Analógica (EVA). Após a análise do questionário WHOQOL, concluíram que a presença de dor moderada tinha influência negativa na qualidade de vida dos participantes. Num outro estudo, realizado por Trelha e colaboradores (2008), numa amostra de 111 pessoas idosas não institucionalizadas, com 60 ou mais anos, teve como objetivo analisar a sua perceção sobre a interferência da dor crónica na sua capacidade funcional. As pessoas idosas relataram que a dor crónica tinha maior interferência em atividades como o sono (61,26%), bem como no humor (54,95%). Também referiram que interferia noutras atividades como caminhar, deitar-se e levantar-se da cama, viajar, fazer comprar, preparar a refeição, fazer trabalhos domésticos e lidar com o próprio dinheiro. Num estudo sobre a influência da dor na capacidade funcional realizado por Reis & Torres, (2011), com uma amostra de 60 pessoas idosas. A presença de dor foi relatada por 51,7% dos participantes e que essa interferia na realização das suas atividades. Nos participantes com idades entre os

60 e 75 anos verificou-se na dependência em duas atividades: na transferência 'cama e cadeira' (33,3%) e na deambulação (28,3%); nos participantes com idade acima dos 75 anos verificou-se na dependência em cinco atividades: no subir e descer escadas (33,3%), na transferência 'cama e cadeira' (33,3%), na transferência para higiene (26,7%), no vestir (26,7%) e na deambulação (25%).

Neste sentido, a dor crónica pode ter várias consequências em diversas dimensões, afetando a funcionalidade da pessoa idosa. A nível pessoal tende a dificultar a manutenção da autonomia na realização de atividades diárias, colocando a pessoa idosa dependente do seu contexto social, económico e cultural (Andrade et al., 2006; Cunha & Mayrink, 2011). Como resultado dessas limitações na autonomia, tende a verificar-se, a nível social, uma redução nas relações (sociais), podendo dar azo a um isolamento social. De referir que para além do mencionado também se tende a verificar um aumento dos custos nos cuidados de saúde, nomeadamente nos referentes à medicação necessária (Cunha & Mayrink, 2011; Rabiais et al., 2004). No que diz respeito à componente emocional, a dor tende a estar associada a fatores como a depressão (Dellaroza et al., 2007). A impossibilidade de controlar estes fatores traz sofrimento físico e psíquico e que colaboram para uma diminuição da qualidade de vida (Dellaroza et al., 2007).

Em suma, a dor crónica é uma patologia com uma prevalência elevada nas pessoas idosas, tanto a nível nacional como internacional, existindo uma relação entre a presença da dor e o decréscimo da funcionalidade. A forma como a pessoa idosa encara a dor tem influência na motivação com que esta encara o seu dia-a-dia. Contudo, com a revisão da literatura, evidenciou-se uma escassez de estudos sobre este tema. Desta forma, considera-se importante perceber e explorar a perceção das pessoas idosas com dor crónica relativamente a essa (dor) e o seu impacto na funcionalidade.

3. METODOLOGIA

Passa-se a apresentar o objetivo, o desenho, a amostra, as considerações éticas e os procedimentos para a recolha de dados do estudo.

3.1. Objetivo do estudo

O objetivo deste estudo é explorar a perceção de pessoas com 65 ou mais anos em relação à sua dor e ao seu impacto na sua funcionalidade.

3.2. Desenho do estudo

Este estudo foi desenvolvido através de uma abordagem qualitativa, realizando-se entrevistas semiestruturadas individuais. Estas são um método de investigação que possibilitam interpretar e perceber um fenómeno a partir das pessoas que o vivenciaram, dando ênfase a uma compreensão alargada do mesmo (Fortin, Côte, & Filion, 2009).

3.3. Considerações éticas

Este estudo foi submetido ao Comité de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro, tendo obtido parecer favorável para a sua realização (Anexo III). Antes de se iniciar o estudo foram dados a conhecer aos participantes os objetivos e procedimentos (do estudo) sob a forma de uma folha de informação (Apêndice I), assim como verbalmente. Antes de realizar qualquer procedimento, todos os participantes assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II).

3.4. Amostra

A amostra do estudo é não probabilística do tipo bola de neve. Da amostra fizeram parte pessoas com 65 ou mais anos e com dor crónica.

Os critérios de inclusão para os participantes foram os seguintes: (1) ter 65 ou mais anos; (2) não estar institucionalizado; (3) ter dor crónica em pelo menos 3 regiões do corpo ou ter dor generalizada, sentida pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses; (4) obter uma pontuação inferior a 4 na aplicação do instrumento Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental – 10 itens (*Short Portable Mental Status Questionnaire*; SPMSQ) (Anexo I). O SPMSQ foi criado por Pfeiffer em 1975 e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Rodrigues (2008). Este questionário faz parte do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI), que foi traduzido e validado a partir do *Older Americans Resources and Services Program* (OARS), que se divide em duas partes: uma primeira, que permite a avaliação funcional multidimensional, compreendendo as áreas recursos sociais e económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária, onde se inclui o SPMSQ; uma segunda parte, que avalia a utilização e necessidade percebida de serviços. O SPMSQ é um questionário constituído por 10 perguntas de resposta curta e rápida, e tem como objetivo detetar a presença de défice cognitivo. A pontuação final é obtida pela soma das respostas erradas, sendo que 0 a 2 erros indica ausência de défice cognitivo, 3 a 4 erros défice cognitivo ligeiro, 5 a 7 erros défice cognitivo moderado e 8 ou mais erros défice cognitivo grave.

Os critérios de inclusão/exclusão foram verificados através do diálogo com os potenciais participantes, sendo selecionados os que compreendiam os requisitos necessários para o estudo.

Neste estudo foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas individuais a pessoas com 65 ou mais anos, com dor crónica, tendo-se atingido o ponto de saturação aquando da realização da última entrevista. O ponto de saturação é definido por Thiry-Cherques (2009) como o momento em que o acréscimo de dados e informações não altera a compreensão do fenómeno em estudo. Segundo este mesmo autor, o ponto de saturação tende a ser atingido após 12 observações. O total de 15 entrevistas corresponde a um limite das 12 observações recomendadas, acrescentando um terço dessas para diminuir a margem de erro.

3.5. Procedimentos de recolha de dados

Numa primeira fase foi realizada uma entrevista-teste com uma pessoa idosa com dor crónica, a qual não fez parte do estudo. Este processo foi acompanhado pelas outras duas investigadoras do estudo com o objetivo de treinar a entrevistadora e de realçar aspetos importantes a considerar na realização das entrevistas.

Antes de se iniciar o estudo foram dados a conhecer aos participantes os objetivos e procedimentos (do estudo) sob a forma de uma folha de informação (Apêndice I), assim como verbalmente. Antes de realizar qualquer procedimento, todos os participantes assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice II).

As entrevistas foram realizadas no local de residência das pessoas idosas, com a sua devida autorização. As entrevistas foram gravadas em formato áudio (apenas) e posteriormente transcritas *verbatim*, assegurando o anonimato e garantindo a confidencialidade dos participantes.

3.6. Instrumentos de recolha de dados

Por forma a caracterizar os participantes e a sua dor foi desenvolvido um questionário de caracterização sociodemográfica (Apêndice III) e foram aplicados três instrumentos para avaliar a dor: '*Body Chart*' (para avaliar a localização e o número e locais com dor), 'Escala Vertical Numérica da dor' (para avaliar a intensidade da dor) e duas perguntas de resposta fechada para avaliar a frequência e duração da dor desenvolvidas pelos investigadores (Anexo III).

Para a recolha de dados relativa à perceção dos participantes sobre a dor e do seu impacto na funcionalidade recorreu-se à realização de uma entrevista semiestruturada individual, conduzida segundo o guião elaborado pelos investigadores (Apêndice III).

(i) Questionário de caracterização sociodemográfica

Este questionário pretende recolher os dados relativos à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e da sua dor. Estes dados referem-se ao sexo, idade, educação formal, estado matrimonial, ocupação atual e diagnóstico médico das principais condições de saúde atuais.

(ii) Instrumentos de avaliação da dor

- **Body Chart** – tem como objetivo avaliar a localização da dor. Consiste em pedir ao participante para, numa figura do corpo humano, assinalar os locais onde sente dor (Torres & Ciconelli, 2006). De forma a facilitar a sua análise, dividiu-se o *Body Chart* em locais de dor, sendo estes, cabeça, cervical, torácica, lombar, membro superior esquerdo, membro superior direito, membro inferior esquerdo e membro inferior direito.
- **Escala vertical numérica da dor** – pretende avaliar a intensidade da dor através de uma escala numérica de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável). É pedido ao participante que indique a intensidade da dor sentida na última semana.
- **Avaliação da frequência e duração da dor** – avaliadas por meio de duas perguntas, uma para a frequência e outra para a duração. Para identificar a frequência de dor são dadas 4 opções de resposta: raramente (1 vez por semana), ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana), muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana) e sempre. A duração da dor foi obtida perguntando aos participantes há quanto tempo sentiam dor (meses/anos). Todos os instrumentos utilizados na avaliação da dor estão de acordo com as diretrizes internacionais para avaliação da dor em pessoas idosas (Royal College of Physicians, 2007).

(iii) Entrevista semiestruturada individual

Na entrevista semiestruturada individual pretende-se explorar a percepção de pessoas com 65 ou mais anos relativamente à dor crónica e o seu impacto nas atividades da vida diária. A entrevista foi conduzida pela investigadora principal segundo um guião constituído por 11 perguntas que compreendia, três temas principais: a percepção da pessoa idosa em relação à sua dor (5 perguntas); o seu impacto na vida diária (3 perguntas); e as estratégias/tratamentos para lidar com essa dor (3 perguntas). O primeiro tema é constituído pelas perguntas “Como descreve a sua dor?”, “Porque é que acha que tem dor?”, “Acha normal as pessoas idosas sentirem dor?”, “O que mais o preocupa ou incomoda em relação à sua dor?”, “Costuma conversar com alguém sobre a sua dor? Se sim, como é que eles reagem?”. O segundo tema pelas perguntas “Qual o impacto que a dor tem na sua vida?”, “Quando sente dor como é que fica (a nível emocional)?”, e “A sua dor afeta as suas relações pessoais?”. No que diz respeito ao terceiro tema, as perguntas “Como lida com a sua dor?”, “Acha que recebe todos os cuidados que precisa?”, e “Como acha que os outros (a família, os profissionais de saúde) veem a sua dor?”.

3.7. Análise dos dados

A caracterização dos aspetos sociodemográficos, da dor e dos sintomas depressivos da amostra foi feita através de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas).

A análise das entrevistas semiestruturadas consistiu, numa primeira fase, na transcrição das mesmas pela investigadora principal. Este foi um processo lento e moroso, pois exigiu muita atenção por parte da investigadora principal uma vez que nem sempre foi perceptível o discurso dos participantes. De forma a facilitar a compreensão das transcrições foram feitas algumas alterações, mas mantendo sempre o discurso dos participantes. Na transcrição das palavras ditas de forma incorreta colocaram-se parênteses retos com a palavra escrita corretamente (ex., tá [está]). Nas frases menos perceptíveis, para melhor compreensão, colocou-se uma

ou mais palavras entre parênteses retos (ex., não, eles [profissionais de saúde] entendem) contextualizando a ideia transcrita

Após a transcrição das entrevistas foi feita a análise de conteúdo. Num primeiro momento, para cada pergunta do guião da entrevista foi elaborada uma tabela com o conteúdo das respostas. Num segundo momento, a partir dessas tabelas, definiram-se as categorias e subcategorias. Estas foram identificadas de forma independente pelas três investigadoras, e posteriormente, de forma a promover a fiabilidade inter-investigador, foram discutidas em conjunto por forma a se chegar a um consenso. Sabendo-se que os resultados tendem a ser interpretados de forma distinta pelos observadores, por forma a se garantir a fiabilidade da análise qualitativa, recorreu-se à técnica da triangulação. Tratando-se de uma observação do mesmo fenómeno por diferentes observadores, esta técnica, através de um processo de confirmação mútua, permite uma maior precisão e objetividade na análise (Madill, Jordan, & Shirley, 2000).

De forma a preservar a confidencialidade e o anonimato das participantes, foi utilizado um código de identificação: PI (pessoa idosa), seguido do número da ordem de realização da entrevista.

4. RESULTADOS

Passa-se à apresentação dos resultados obtidos no presente estudo.

4.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 15 pessoas com 65 ou mais anos, com dor crónica, residentes nos concelhos de Águeda e Ovar, dos quais 13 (86,7%) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 87 anos (média±DP= 73,3% ± 6,2 anos) (Tabela 1).

Mais de metade dos participantes possui o 4.º ano de escolaridade (n=9, 60%), são casados/as (n=8, 53,3%) e reformados/as (n=14, 93,3%). Quanto às condições de saúde, a maioria sofre de hipertensão arterial (n=11, 73,3%) e espondilartrose (n=11, 73,3%),

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Caracterização da amostra	Pessoas idosas (n=15) n (%)
Sexo	
Feminino	13 (86,7%)
Masculino	2 (13,3%)
Educação formal	
Sabe ler e escrever	5 (33,3%)
4.º ano de escolaridade	9 (60%)
Bacharelato/Licenciatura	1 (6,7%)
Estado civil	
Casado	8 (53,3%)
Divorciado	1 (6,7%)
Viúvo	6 (40%)
Ocupação atual	
Doméstica/Dona de casa	1 (6,7%)
Reformado	14 (93,3%)
Principais condições de saúde	
Hipertensão arterial	11 (73,3%)
Diabetes	4 (26,7%)
Artrose	10 (66,7%)
Espondilartrose	11 (73,3%)
Patologia cardiovascular	4 (26,7%)
Patologia respiratória	1 (6,7%)
Depressão	6 (40%)
Natureza ou diagnóstico desconhecido	5 (33,3%)

4.2. Caracterização da dor das pessoas idosas

A maioria das pessoas refere ter dor sempre (n=9; 60.0%) e, em média, há cerca de 16 anos (média±DP= 15,7 ± 9,6). A localização da dor é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da dor das pessoas idosas

Caracterização da dor	Pessoas idosas (n=15) n (%)
Locais de dor	
Cabeça	4 (26,7%)
Cervical	8 (53,3%)
Torácica	4 (26,7%)
Lombar	11 (73,3%)
Membro superior direito	9 (60%)
Membro superior esquerdo	9 (60%)
Membro inferior direito	13 (86,7%)
Membro inferior esquerdo	14 (93,3%)
Frequência	
2 a 3 vezes por semana	2 (13,3%)
Mais de 3 vezes por semana	4 (26,7%)
Sempre	9 (60%)

4.3. Perceção das pessoas idosas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade

Após a análise de conteúdo das entrevistas realizadas às pessoas idosas foi possível identificar quatro categorias de informação, sendo estas: (1) características da dor; (2) impacto da dor na vida diária; (3) estratégias para lidar com a dor; e (4) perceção da pessoa idosa relativamente à perspectiva das outras pessoas em relação à sua dor.

4.3.1. Características da dor

Para descrever a dor, as pessoas idosas identificaram cinco características e que foram definidas como subcategorias: (i) localização; (ii) intensidade; (iii) qualidade; (iv) causa; e (v) fatores que agravam/aliviam.

(i) Localização

No que diz respeito à localização da dor, a maioria dos participantes (n=11) referiu ter dor na coluna (n= 4), nos ombros (n=4) e nos joelhos (n=3).

Sinto dor nas articulações, ombros, coluna lombar, joelhos. (PI08)

A minha dor é cervical. (PI15)

Dos joelhos por vezes não posso andar, há dores muito fortes que eu não posso andar, (...) dos ombros, quero dormir e não consigo. (PI05)

Nesta parte toda (parte esquerda das costas). Toda esta parte aqui do ombro para baixo, a parte esquerda é a que mais me dói. (PI09)

(ii) Intensidade

Outra das características mencionadas pela maioria das pessoas idosas foi a intensidade da dor (n=11), sendo que a maioria referiu que a sua dor é intensa (n=5) ou muito forte (n=5). Apenas um participante referiu que a sua dor é moderada.

Ai é intensa, quando dá de forte aninho, arreio. (PI02)

Olha, a minha dor há dias que é muito forte. (PI05)

É moderada, não é assim uma dor que me ponha aí aos gritos, é uma dor moderada. (PI03)

(iii) Qualidade

Os participantes qualificaram a sua dor como persistente (n=4), incapacitante (n=3), inquietante (n=1), permanente (n= 1) e que “prende” (n=1).

Bem, o que me incomoda em relação a essa dor é ser persistente muitas vezes, é ser persistente. (PI11)

É aquela dor, dor assim inquietante. São dores inquietantes dos ossos, são dores. (PI08)

É uma dor que ela prende, ela prende e a pessoa quer fazer um movimento e não pode. (PI01)

Sim [dor permanente]. (PI09)

(iv) Causa

A maioria dos participantes (n=11) entende que a sua dor se deve aos esforços e ao trabalho ao longo da vida, em particular, quando eram jovens. A dor é também apontada por alguns participantes como inerente à própria velhice (n=8) e como um sintoma associado a outras doenças (n=6). Um menor número de participantes referiu a dor como sendo hereditária (n=2) e a falta de cuidados, isto é, não ir ao médico (n=1) como um fator que contribui para a dor que sentem.

Porque a gente antigamente podia e fazia tudo e mais alguma coisa e depois elas saem todas. Muitos anos a trabalhar nas terras, a carregar capachos à cabeça, cuidar dos filhos, não era fácil. (PI04)

A idade e o trabalho duro que tive quando era nova. Fazia de tudo, trabalhava muito em casa, ajudava os meus pais nos trabalhos pesados e agora estou assim. (PI07)

Porque tenho a rótula do joelho rompida e é o que me provoca a dor. (PI06)

A dor que tenho eu acho que não tem nada [a ver] com isso [com a idade]. Que tem [a dor] a partir de quando me deu um tal AVC. O tal AVC, que o nome dele, segundo os médicos deram, chama-se AVC isquémico. (PI11)

Olhe porque não tive cuidado comigo própria. Porque deixei andar e não sei se são hereditárias ou não. A minha mãe já tinha bicos de papagaio, os chamados bicos de papagaio e eu também os tenho. (PI15)

(v) O que agrava/alivia

Segundo as pessoas idosas, existem atividades do dia-a-dia que agravam ou atenuam a dor. Como fatores que agravam a dor os participantes mencionaram caminhar (n=2), esforço (n=2), mudanças de tempo/tempo húmido (n=2) e a posição (n=1).

Os ossos da coluna, aí os joelhos quando atacam bem, e mudanças de tempo, também é mais com mudanças de tempo é mais forte. Que os ossos não

gostam de frio nem de chuva, tempo húmido, ataca mais as dores nos ossos. (PI08)

E se eu fizer um bocado de esforço então é que é. Se faço esforço um dia tenho de descansar quatro ou cinco. (PI03)

Sinto a dor ao caminhar, ao caminhar é que eu sinto a dor. (PI01)

Porque tenho que, como já disse, a minha posição pior de estar é de pé, não é? E tudo o que seja para fazer de pé fico muito aflita, pronto. (PI10)

Como fatores que atenuam a dor referiram o tempo quente (n=1) e a procura da melhor posição (n=1).

Tenho dias. Por exemplo, se estiver o tempo com sol quente ando melhor, ando um bocadinho melhor, não é que ande 'bem-bem', mas ando bem melhor. (PI12)

Sim, porque de dia, de dia vou-me controlando e vou procurando a posição de estar melhor, de andar melhor. (PI09)

4.3.2. Impacto na vida diária

Segundo as pessoas idosas, a dor tem um impacto negativo na sua vida, tanto a nível emocional, físico e ao nível das relações interpessoais. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias: (i) impactos emocionais, (ii) impacto físico, (iii) impactos interpessoais. A subcategoria impactos emocionais foi ainda subdividida em medo/preocupações futuras e emoções/sentimentos.

(i) Impacto emocional

O impacto emocional da dor inclui medos/preocupações relativamente ao que possa acontecer no futuro como consequência da dor, bem como a emoções/sentimentos que a dor suscita na pessoa.

No que diz respeito aos primeiros (medos/preocupações futuras), a maioria dos participantes (n=10) refere que está preocupada com a possibilidade de ficar incapacitada por causa da dor (n=5), de não poder andar ou realizar as tarefas do seu dia-a-dia (n=4) e de ter de depender de alguém (n=3).

Eu às vezes penso que, às vezes me pode tornar incapaz, mas vou andando, espero bem que não me torne incapacitada. (PI15)

É o querer andar e não poder. (PI06)

Eu não poder fazer as coisas, ter de depender de alguém. (PI05)

Relativamente às emoções/sentimentos, todos os participantes (n=15) referem que a dor desperta neles sentimentos como tristeza, medo, aborrecimento, desânimo, deprimida, zangada, nervosa, ansiosa, frustrada, atordoada.

Triste. Triste por sofrer tanto. Vejo aí pessoas de quase de 80 anos que não têm artroses nenhuma e, e fazem tudo, e cavam um bocado de terra melhor do que eu. Com mais força do que eu. (PI08)

Oh, sinto-me triste. Sinto-me um pedaço triste porque eu fui sempre um indivíduo saudável, de muita saúde, de muita, posso dizer mesmo de muita saúde, que eu praticamente nunca ia aos médicos. E agora sinto-me deprimido um pedaço derivado a essa dor. (PI11)

Agora já não, mas quando começava a dar os primeiros sinais das dores começava a ficar atordoado, com medo, com receio, passei com dores horríveis. Fico triste, em baixo, aborrecido. (PI03)

(ii) Impacto físico

Todas as pessoas idosas entrevistadas (n=15) consideram que a sua dor tem impacto negativo a nível físico, em particular, a dificuldade na deambulação e nas tarefas domésticas e agrícolas.

Impede-me de fazer as coisas, por exemplo, aspirar é muito difícil, passar a ferro também, varrer. Mas ainda faço a lida da casa, só que com dificuldade. (PI05)

Não posso caminhar e ando a caminhar com o andarilho ou com a bengala. (PI02)

Impede-me de fazer os trabalhos assim, por exemplo, fazer uma plantação, fazer uma limpeza a fundo, essas coisas assim mais. (...) Não, não consigo [fazer a cama, cozinhar, caminhar]. A caminhada, ainda hoje fiz uma caminhada, mas levei quase uma hora a andar, ai... para... não sei, daqui ao Areinho, ida e volta, foi mais ou menos, mas ia parando, aos bocadinhos. (PI01)

Semear qualquer coisa, que a gente precisa de semear, cavar um bocado de terra, ir buscar um molho de mato ou de lenha, pegar num carro de mão e ir, é isso que me impede. (PI09)

(iii) Impactos interpessoais

Em relação ao impacto interpessoal, 7 dos participantes consideraram que a dor tem um impacto negativo, na sua relação com a família e amigos, na medida em que impedem a pessoa de conviver, falar com as outras pessoas.

Quando essas dores me atacavam nem queria ver ninguém, nem que falassem para mim. Mas acho que o meu organismo já se adaptou a essas dores, já não sofro tanto como antes. (PI03)

Por vezes quando a gente está assim com dor tudo aborrece, nem queremos ver ninguém. (PI06)

Principalmente com os filhos, e neste sentido. Não é que eles, pelo contrário, eles querem, não é que eles... eles até que querem muito bem e tudo. O que querem é logo que eu vá ou médico ou que vá fazer não sei quê e eu digo logo que não, que não vou, que aquilo já vai passar. (PI10)

Acho que sim, acho que sim. Muitas vezes não tenho vontade sequer de falar. (...) Não, seja com quem for. Seja com os vizinhos, seja com alguém que... prontos. Tenho dificuldade em falar mesmo porque... como é que eu hei de explicar? Sinto-me exausta, não é? Sinto-me, pronto, não me sinto bem. (PI12)

Contudo, os restantes 8 participantes manifestam uma opinião contrária, i.e., consideram que a dor não interfere na sua relação com os outros, porém as suas expressões indicam o contrário, concluindo que interfere na forma como se relacionam com os outros, e como os outros se relacionam com as mesmas (n=8).

Não. Eu acho que a dor 'pode-se', como é que hei de dizer? A dor, a gente pode falar com as pessoas a dizer que está aborrecido porque tem dor, mas que não afeta a amizade ou a convivência que se tem com as outras pessoas. (PI11)

Não, a gente quando é assim faz um bocadinho por, pelas outras pessoas. Não tem culpa de a gente estar aborrecida, não é? Com dores. E a gente fala-lhes mais triste. (PI08)

Não, as pessoas que estão próximas de mim já sabem e têm paciência comigo. (PI07)

4.3.3. Estratégias para lidar com a dor

As estratégias utilizadas para lidar com a dor mencionadas pelos participantes foram organizadas em duas subcategorias: (i) estratégias formais e (ii) estratégias informais.

(i) Estratégias formais

As estratégias formais mencionadas pelos participantes para lidar com a sua dor relacionam-se com os cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde. A maioria dos participantes refere como principal estratégia a nível formal a toma de medicação por via oral (prescrita pelo médico) para aliviar a dor (n=14).

A minha dor com o medicamento abrandou um bocadinho, depois continua, acaba o efeito do medicamento e continua. Ando à base de medicação. (PI06)

É o «Brufen». Quando eu disse que tomava o comprimido, que às vezes tomo anti-inflamatório, e o «Brufen»... e às vezes até tomo mesmo o 600 porque só esse é que me alivia um bocado, que é um anti-inflamatório, não é? (PI10)

Sim, também tomo medicação para a dor, tomo. Tomo de manhã ao pequeno-almoço e tomo à noite ao jantar. (PI12)

Alguns dos participantes referiram ainda como estratégia para lidar com a dor a aplicação de pomadas/gel/creme (para aliviar a dor) (n=3), a realização de fisioterapia (n=2) e a prática de exercício físico (n=2).

Passo o gel e depois dou ali uns 10 ou 15 minutos que é a ver se aquilo acalma um bocadinho para depois continuar. (PI11)

Medicação não posso tomar, mas faço de vez em quando fisioterapia. (PI04)

Ainda faço exercício e tomo muita medicação. (PI02)

(ii) Estratégias informais

A nível informal, as estratégias apontadas pelos participantes referem-se à forma de lidar com a dor sem recorrer à prescrição por parte dos profissionais de saúde, ou seja, recurso a familiares e amigos ou por iniciativa própria.

O apoio prestado pelos familiares e os amigos é considerado como uma das estratégias adotadas pelas pessoas idosas (n=11), no sentido em que conversam com as outras pessoas sobre a sua dor.

Sim [conversar sobre a dor]. Às vezes com pessoas amigas converso, por vezes elas também têm dores, dizem também que têm dores e é assim. (PI05)

Falo com a minha família toda, eles sabem. Toda a minha família sabe qual é o meu mal e falamos muitas vezes nisso. (PI11)

Contudo, 4 participantes referem que não costumam conversar com ninguém sobre a sua dor.

Mas com pessoas, com pessoas não [não costuma conversar]. Elas não me tiram as dores e por vezes ainda nas nossas costas pensam que a gente se queixa por gosto, e eu não [não gosta de se queixar por gosto]. (PI09)

Outras das estratégias referidas pelos participantes para aliviar a dor são o descanso (n=8), caminhar (n=3), utilizar uma botija de água quente (n=3), não fazer nada (n=3), pedir a Deus/aceitar (n=2), esfregar com as mãos (n=1) e evitar comer/beber (n=1).

É como te disse, eu cavo terra uma hora, depois descanso três ou quatro dias. (...) E também caminho, o tempo, vindo calor, eu caminho todos os dias vinte minutos. (PI04)

Outras vezes, com um saco de água quente, quando é mais no inverno, porque parece que ajuda ali a combater a dor, ali na coluna e assim. Olha, tomando uns anti-inflamatórios e vendo. Parando um pouco mais, que é coisa que eu não gosto, parada, e tenho que parar mesmo porque a dor me obriga a parar, não é? (PI10)

Tenho de parar e descansar e muitas vezes, se tiver de abster-me de comer e beber determinadas coisas que me fazem mal, faço-o. (PI03)

É aquilo que eu lhe acabei de explicar, de dizer. Que com as minhas mãos, que às vezes também faz[em] milagres, como diz o outro. Porque umas vezes esfrego, esfrego com mais força, com menos força, onde a dor está. Onde a dor é mais forte eu ajudo a que ela abrande um bocadinho. (PI11)

4.3.4. Perspetiva das outras pessoas

Esta categoria refere-se à perceção que a pessoas idosas têm em relação à forma como os outros veem a sua dor. Assim, subdividiu-se este ponto em duas categorias: (i) perceção dos profissionais de saúde e (ii) perceção da família, amigos e vizinhos.

(i) Percepção dos profissionais de saúde

A maioria das pessoas idosas (n=11) considera que os profissionais de saúde os compreendem e que acreditam na sua dor, assim como no impacto que esta tem no seu dia-a-dia. Também referem que os profissionais de saúde são muito atenciosos e que prestam os cuidados necessários. Contudo, 2 participantes manifestam algum desagrado em relação ao seu médico de família, queixando-se que este não mostra preocupação em relação à sua dor.

E os profissionais de saúde, então na farmácia, os farmacêuticos, ai, tenho maior consideração por eles e eles têm por mim, têm. Conversamos até muitas vezes. (PI11)

Sim, acreditam, acreditam. Que eles até me já têm... Como não tivemos sempre médico de família, alguns dizem que isto passa, porque isto é, são dores musculares ou isto ou aquilo, mas eles acreditam. (PI13)

Olha, os profissionais de saúde, alguns veem. Ainda são amigos. Além de profissionais de saúde, são amigos, procuram saber como é que a gente está, mesmo não sendo da... Por exemplo, eu sou daqui, mas por exemplo hoje cheguei lá e os enfermeiros lá no centro onde 'tá' (está) a minha mãe, todo o mundo a procurar saber como é que eu tava (estava), como tava (estava) correndo e essas coisas. (PI01)

Compreendem a dor que eu sinto, é como o médico diz, "não pode fazer nada", não posso tomar medicamentos, tenho de aguentar. (PI04)

Olha, o meu médico, [com] o meu médico eu costumo conversar, mas ele não liga nenhuma, é médico de família, é, é, só quando eu tenho que ir de urgência. (PI01)

(ii) Percepção da família, amigos e vizinhos

Quanto à perspectiva da família, amigos e vizinhos, as pessoas idosas consideram que, na sua maioria (n=11), a família é o seu grande amparo, é quem compreende e apoia sempre que necessário e estimula sentimentos de autoeficácia. Também referem que os amigos e vizinhos entendem a sua dor e

tentam motivá-los e encorajá-los. Por outro lado, alguns participantes manifestam informação contraditória, i.e., apesar de explicitamente referirem que a família os apoia, também referem que acha normal que tenham dor por serem idosos (n=3) e que, por isso, dão menos importância/relativizam a sua dor. Há, ainda, quem refira que a família não dá qualquer importância à sua dor (n=2).

As pessoas das minhas relações, familiares, vizinhos, falam muito comigo e veem que realmente sofro com as dores que tenho, já não tanto como antes. Sempre mostraram preocupação por mim, e estão lá para tudo. (PI03)

Eles estão sempre preocupados, tanto o marido como os meus filhos, a minha filha, os meus netos, as minhas netas. (...) Sim, eles aceitam, eles ouvem-me. Eles ouvem-me e dão-me sempre força para eu ter força e coragem. (PI12)

Olha, às vezes, às vezes [os familiares] dizem que é velhice. Mas que às vezes dizem: “Olha, é os anos, é os anos, é a velha, está a começar, a gente já tem idade”. Então, mas eu vejo novos a queixarem-se às vezes ainda mais do que eu. A minha filha Cristina às vezes queixa-se mais que eu. (PI13)

A [minha] família não diz nada, também não sou de me queixar. (PI04)

De seguida, passa-se para a discussão dos resultados do presente estudo.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo explorou a percepção das pessoas idosas em relação à sua dor e ao seu impacto na funcionalidade. Da análise dos resultados emergiram 4 categorias que sumariam a sua percepção relativamente à sua dor e ao modo como esta afeta o seu dia-a-dia: (1) características da dor; (2) impacto da dor na vida diária; (3) estratégias para lidar com a dor; e (4) percepção da pessoa idosa relativamente à perspectiva das outras pessoas em relação à sua dor.

As categorias encontradas no presente estudo são semelhantes às referidas em estudos anteriores. Num estudo realizado por Makris e colaboradores (2014) onde participaram 23 pessoas com 80 ou mais anos e cujo objetivo era compreender as representações que as pessoas idosas tinham da dor de costas e as restrições que essa tinha nas atividades diárias. Foram identificadas 5 categorias: identidade, cronograma, causa e preditores percebidos, consequências, e cura vs controlo. Na categoria “identidade” as pessoas idosas referiram que a sua dor era intensa e agravada por esforços realizados ao longo da sua vida e, na categoria “causa e preditores percebidos”, que a dor estava relacionada com a idade avançada. Estes dados corroboram os do presente estudo, uma vez que a maioria das pessoas idosas relatou a sua dor como intensa (“intensidade”), entendiam que a sua dor se devia aos esforços e ao trabalho ao longo da vida e também referiram a dor como inerente à própria velhice (“causa”). Ainda no estudo de Makris e colaboradores (2014), na categoria “consequências”, foi referido o impacto da dor na realização de tarefas do quotidiano, bem como o seu impacto a nível emocional e social. Isto também é perceptível no presente estudo, nomeadamente na categoria “impactos da dor”.

No presente estudo, a maioria das pessoas idosas referiu que a sua dor tinha um impacto negativo a nível físico, nomeadamente nas tarefas domésticas (“impacto físico”). No estudo realizado por Brooks e colaboradores (2013) com o objetivo de explorar se as crenças de doença de pessoas significativas diferiam ou não em função do estatuto profissional de 9 pessoas com dor lombar persistente (5 estavam empregadas e 4 reformadas por incapacidade devido à dor), bem como de compreender como as pessoas significativas podiam facilitar ou dificultar a sua

participação no trabalho. Os autores identificaram 3 categorias: “consequências da doença”, “natureza do trabalho” e “identidade do paciente”. Quanto à categoria “consequências da doença”, os participantes também mencionaram que a dor os limitava na realização das tarefas do dia-a-dia. Todos os participantes do presente estudo referiram o impacto emocional causado pela dor crónica, mencionando sentimentos de tristeza, medo, aborrecimento, desânimo, ansiedade e frustração. Para além disto, também referiram alguns medos/preocupações em relação ao que possa acontecer no futuro, como ficar incapacitadas e não poder realizar as tarefas do seu dia-a-dia. No estudo de Trelha e colaboradores (2008) as pessoas idosas referiram que a dor interferia no humor. Alguns autores apontam o afastamento da vida social, a degradação e a quebra de relações como uma consequência da dor crónica (Andrade et al., 2006; Cunha & Mayrink, 2011; Dellaroza et al., 2007; Reis & Torres, 2011). No estudo de Celich & Galon (2009), 51,8% das pessoas idosas referiram que a presença da dor comprometeram as atividades sociais, tais como, ir à igreja, dançar, passear ou participar em grupos para a ‘terceira idade’. No presente estudo, conclui-se que a dor crónica interferia na forma como as pessoas idosas se relacionaram com os outros (impactos interpessoais).

Como referido anteriormente, a perceção que as pessoas idosas deste estudo manifestaram em relação ao impacto da dor crónica nas atividades do dia a dia corrobora os resultados de vários estudos que identificaram a dor crónica como uma das principais limitações na realização das atividades diárias (Celich & Galon, 2009; Cunha & Mayrink, 2011; Santos et al., 2011; Trelha et al., 2008). No estudo de Trelha e colaboradores (2008) os dados indicaram que a dor crónica interferia no caminhar, deitar-se e levantar-se da cama, viajar, fazer compras, preparar a própria refeição, fazer trabalhos domésticos e lidar com o próprio dinheiro.

Quanto ao presente estudo a dor interferia principalmente na deambulação e nas tarefas domésticas e agrícolas. Outros autores também referem a relação entre a dor crónica e a qualidade do sono, existindo alteração da qualidade e quantidade do sono nas pessoas idosas com dor (Dellaroza et al., 2007; Trelha et al., 2008).

Num estudo realizado por Makris e colaboradores (2015) com pessoas idosas, é referido que as pessoas idosas tendem a não manifestar a dor que sentem e a não

procurar tratamento. As principais razões encontradas neste estudo para a não procura de tratamento eram as atitudes negativas por parte das pessoas idosas face à medicação e a crença de que a dor era consequência natural do processo de envelhecimento. Embora esta crença de que a dor é um processo natural do envelhecimento seja consistente com os resultados encontrados no presente estudo, a não procura de tratamento (para a sua dor) não foi referido pelas pessoas idosas. Em contraste com os resultados de Makris e colaboradores (2015), a toma da medicação foi considerada, pela maioria dos participantes, como a principal estratégia para lidar com a dor (“estratégias formais”).

Segundo Larson e colaboradores (1986) os membros da família são a principal fonte de apoio físico e emocional das pessoas idosas e as amigas têm influência no seu bem-estar. Em consonância com esta perspectiva, a maioria das pessoas entrevistadas no presente estudo referiram o recurso à família e aos amigos, na medida em que conversam com estes sobre a sua dor e procuram apoio emocional e físico nestes (“estratégias informais”). No estudo de Celich & Galon (2009) alguns idosos relataram que não deixaram de manter o convívio com outras pessoas uma vez que consideraram sentirem que fazem parte da sociedade é um grande apoio emocional.

Para as pessoas idosas, as atitudes, tanto dos profissionais de saúde como da família, amigos e vizinhos, face à sua dor, são positivas, uma vez que se mostram compreensivos (“perspetiva das outras pessoas”). Este facto é importante, pois a perceção que os outros têm em relação à dor da pessoa idosa poderá refletir-se nas suas próprias atitudes e comportamentos. Num outro estudo de McCluskey e colaboradores (2011), onde entrevistaram 5 indivíduos beneficiários de baixa por incapacidade devida a dor lombar e respetivas pessoas significativas, as pessoas significativas mostraram compreensão em relação às pessoas incapacitadas. Este facto corrobora os dados do presente estudo, uma vez que as pessoas idosas têm a perceção de que a sua rede social é ajustada em relação à sua dor.

Este estudo apresenta algumas limitações. A questão do horário em que se realizaram as entrevistas colocaram alguns entraves na obtenção da informação, uma vez que a entrevistadora só tinha disponibilidade findo o seu horário de

trabalho. Essas tiveram lugar ao final da tarde, junto da hora do jantar e, apesar de combinadas com os participantes, verificou-se alguma pressa e preocupação por partes destes com a confeção do jantar. Outra limitação encontrada é o número reduzido de participantes do sexo masculino, o que não permite em termos de análise, uma comparação entre os sexos.

Dada a prevalência da dor crónica e o seu impacto na funcionalidade das pessoas idosas, os resultados deste estudo poderão representar um ponto de partida para uma análise mais aprofundada desta relação. Os resultados obtidos neste estudo salientam a importância de se avaliar a funcionalidade em pessoas idosas com dor (estudo quantitativo). Uma avaliação mais precisa da dor nas pessoas idosas poderá contribuir para a implementação de estratégias e programas de intervenção adequados às necessidades destas pessoas de forma a diminuir o impacto da dor nas suas vidas. Neste estudo foi abordada apenas a perceção das pessoas idosas, mas foi desenvolvida uma outra dissertação com o objetivo de explorar a perceção que as pessoas significativas (de pessoas idosas com dor crónica – as pessoas idosas do presente estudo) têm dessa dor e do seu impacto na funcionalidade, o que permitirá no futuro uma comparação entre ambas as perceções.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para que os profissionais que lidam com pessoas idosas com dor, sejam eles da área da saúde ou da social, possam adotar uma abordagem mais adequada às necessidades sentidas por essa população. Com o objetivo de diminuir a probabilidade de surgimento de patologias associadas ou de incapacidade, procurando manter as capacidades cognitivas e funcionais e de fomentar um envolvimento ativo na sociedade, dispõem de mais dados por forma a indicarem um adequado protocolo a pessoas idosas com dor crónica.

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que a dor das pessoas idosas é considerada pelas próprias como intensa, persistente e causada pelos esforços realizados ao longo da vida. A dor tem impacto nas suas vidas, quer a nível emocional, físico e interpessoal e as estratégias mais usadas pelas pessoas idosas para lidar com a dor passam pela toma de medicação, bem como pela procura de apoio emocional junto dos familiares e amigos. As pessoas idosas consideram, ainda, que os outros compreendem a sua dor e que prestam todos os cuidados necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, F., Pereira, L., & Sousa, F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271–276.

Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773–783.

Balcombe, N. R. , & Sinclair, A. (2001). Ageing: Definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835–849.

Brooks, J., Mccluskey, S., King, N., & Burton, K. (2013). Illness perceptions in the context of differing work participation outcomes : exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 1–11.

Cancela, D. (2008). O processo de envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em 16 de junho de 2016 em file:///C:/Users/mcerqueira/Downloads/Processo%20de%20envelhecimento.pdf

Celich, K., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 12(3), 345–359.

Costa, A., & Santos, P. (2014). As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na atividade física dos idosos. *Revista de Psicologia*, 1 (2), 120–124.

Cunha, L., & Mayrink, W. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Da Dor*, 12(2), 120–124.

Dellaroza, M., & Furuya, R. (2008). Caracterização Da Dor Crônica E Métodos Analgésicos Utilizados Por Idosos Da Comunidade. *Revista Associação de Medicina Do Brasil*, 54(1), 36–41.

Dellaroza, M., Pimenta, C., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1151–1160.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde/Divisão de Prevenção e Controlo da Doença. Acedido em 5 de maio de 2016 em <http://www.aped->

dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. *Revista Científica Internacional*, 1(20), 106–132.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fuentes, C., & Negredo, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos : actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychological Therapy*, 259–278.

Goldberg, D. S. , & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 1–5.

Gomes, A. (2008). *Abordagem psicológica no Controlo da Dor*. Biblioteca da Dor. Lisboa: Permanyer Portugal.

Hoving, J. L., van der Meer, M., Volkova, A. Y., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595–605. doi:10.1007/s00420-010-0506-6

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. *Informação à Comunicação Social de 10 de julho* , 1–10. Acedido em 12 de julho de 2016 em file:///C:/Users/mcerqueira/Downloads/10Dia_Mundial_População.pdf

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: Informação à Comunicação Social de 10 de julho*, 1–8. Acedido em 20 de abril de 2016 em file:///C:/Users/mcerqueira/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf

Jakobsson, U., Klevsgård, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(1), 625–636.

Larson, R., Mannell, R., & Zuzanek, J. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, 1(2), 117–126.

Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis:

Realist, contextualist, and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1–20.

Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2002). Repercussões dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Vol. III(2), 7–16.

Makris, H. H. A., Walke, L. M., Gill, T. M., & Fraenkel, L. (2014). Illness Representations of Restricting Back Pain: The Older Person's Perspective. *Pain Medicine*, 15(6), 938–946.

Makris, U. E., Higashi, R. T., Marks, E. G., Fraenkel, L., Sale, J. E. M., Gill, T. M., & Reid, M. C. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities – why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1–9.

McCluskey, S., Brooks, J., King, N., & Burton, K. (2011). The influence of “significant others” on persistent back pain and work participation: A qualitative exploration of illness perceptions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 236.

Nelson, T. D. (2002). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults*. Cambridge, MA: MIT Press.

Neri, A., & Jorge, M. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: Subsídios de planeamento curricular. *Estudos de Psicologia*, 23, 127 – 137.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral Da Saúde. Acedido em 20 de setembro de 2016 em [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port %202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port%202004.pdf)

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) & HelpAge International (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio - Resumo Executivo*. Brasil: Estação Gráfica. Acedido em 17 de maio de 2016 em [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/datas_especiais/envelhecimento .pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/datas_especiais/envelhecimento.pdf)

Paskulin, L., Córdova, F., Costa, F., & Vianna, L. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101–107.

Rabiais, S., Nogueira, P., & Falcão, J. (2004). A Dor na população portuguesa, alguns aspectos epidemiológicos. *Orgão de Expressão Oficial da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, Dor*, 12(2): 6–34.

Reis, L. A., & Torres, G. V. (2011). Influência da dor crónica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 274–280.

Royal College of Physicians & British Geriatrics Society, and British Pain Society (2007). Concise Guidance to Good Practice: A series of evidence-based guidelines for clinical management. Number 8 - The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series. Acedido em 20 de abril de 2016 em http://www.bgs.org.uk/Publications/clinical_guides/pain_concise.pdf

Santos, F., Souza, P., Nogueira, S., Lorenzet, I., Barros, B., & Dardin, L. (2011). Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Revista Dor*, 12(3), 209–214.

Sousa, F. (2002). Dor: o Quinto Sinal Vital. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(3), 446–447.

Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião E Mídia*, (3), 20–27.

Torres, T. M., & Ciconelli, R. M. (2006). Instrumentos de Avaliação em Espondilite Anquilosante Outcome Measures in Ankylosing Spondylitis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 52–59.

Trelha, C. S., Panazzolo, D., Dellaroza, M. S. G., Cabrera, M. A. S., Souza, R., F. P., & Taho, Y. M. (2008). Capacidade funcional de idosos com dor crônica residentes na comunidade. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(2), 59–64.

Vieira, E. B. de M., Garcia, J. B. S., Silva, A. A. M., Araújo, R. L. T. M., & Jansen, R. C. S. (2012). Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 239–251.

Weaver, G. D, Kuo, Y.-F., Raji, M. A., Snih, S. A., Laura Ray, M., Torres, E., & Ottenbacher, K. J. (2009). Pain and disability in Mexican American older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(6), 992–999.

APÊNDICES

Apêndice I – Folhas de Informação

FOLHA DE INFORMAÇÃO

Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade

1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar a participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se irá participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Pedimos-lhe que leia atentamente as informações que se seguem, e se assim o desejar, que as discuta com parentes e/ou amigos. Por favor, sinta-se à vontade para nos contactar e colocar todas as questões que lhe surjam.

2. Informação adicional

A dor crónica é uma doença que se estende a toda população, atingindo mais as pessoas idosas, afetando a sua capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia. Um dos aspetos importantes a considerar por quem tem dor é a perceção de como sente essa dor e como ela interfere no seu dia-a-dia. Também a forma como as pessoas que rodeiam e interagem com quem tem dor influencia a sua maneira de lidar com a dor dessas mesmas pessoas.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral compreender o significado que as pessoas idosas com dor e as pessoas que lhe são próximas atribuem à dor e o impacto desta nas tarefas do dia-a-dia.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Procuramos pessoas com 60 ou mais anos que tenham dor em pelo menos 3 regiões do corpo e que tenham sentido essa dor pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado, livre e esclarecido e que

permita a realização de uma entrevista individual. Se decidir participar e se depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo será entrevistado por investigadores/alunos de mestrado da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar no seu domicílio ou num outro lugar sossegado à sua escolha. Durante a entrevista ser-lhe-ão colocadas algumas questões sobre a sua dor e ser-lhe-á pedido que preencha alguns questionários sobre as queixas de dor que possa ter. A entrevista será gravada em formato áudio (não em imagem), e apenas os investigadores envolvidos neste estudo terão acesso à gravação.

6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo não o ajudará a si diretamente, mas poderá ajudar os investigadores e profissionais de saúde a perceber melhor a dor que as pessoas sentem, o que, no futuro, poderá ajudar a tratar melhor quem tem dor.

7. Será assegurado o meu anonimato e a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido, ou seja, não será divulgado o seu nome ou outras informações pessoais a pessoas que não estejam diretamente envolvidas no estudo.

Apêndice II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West
1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura e sem qualquer penalização		
Eu concordo em participar no estudo: “Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e o seu impacto na funcionalidade”		

Nome do participante: _____

Assinatura Nome do participante: _____

Data: _____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: _____

Apêndice III – Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Pessoa Idosa

Perceção da pessoa idosa em relação à sua dor

1. **Como descreve a sua dor?** (é uma dor ‘moinha’, que queima, tipo facada,...)
2. **Porque é que acha que tem dor?** (velhice - dor como sintoma normal de envelhecimento; trabalho ao longo da vida, alimentação, sedentarismo, ...)
3. **Acha normal as pessoas idosas sentirem dor?**
4. **O que mais o preocupa ou incomoda em relação à sua dor?**
5. **Costuma conversar com alguém sobre a sua dor?** (profissionais de saúde, amigos ou familiares, ...)
 - a. **Se sim, como é que eles reagem?**

Impacto na vida diária

1. **Qual o impacto que a dor tem na sua vida?** (impede-o(a) de fazer alguma coisa; afeta o seu sono, ...)
2. **Quando sente dor como é que fica (no sentido emocional)?** (triste, irritado/zangado, ansioso, ...)
3. **A sua dor afeta as suas relações pessoais?** (amigos, cônjuge, família, ...)

Estratégias/tratamentos para lidar com a dor

1. **Como lida com a sua dor?** (descansa, toma medicação, faz exercício, ...)
2. **Acha que recebe todos os cuidados que precisa?** (da família, dos profissionais de saúde, ...)
3. **Como acha que os outros (a família, os profissionais de saúde) veem a sua dor?** (acham que exagera, que finge não ter dor, ...)

Apêndice IV – Questionário de Caracterização Sociodemográfica

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Pessoa Idosa

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A. SEXO

- (1) Feminino [] (2) Masculino []

B. DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ (dia/mês/ano)

C. CONCELHO: _____

D. EDUCAÇÃO FORMAL

- (1) Não sabe ler nem escrever []
(2) Sabe ler e escrever []
(3) 4.º ano de escolaridade []
(4) 6.º ano de escolaridade []
(5) 9.º ano de escolaridade []
(6) 12.º ano de escolaridade []
(7) Bacharelato/Licenciatura []
(8) Outro [] (*por favor especifique*) _____

E. ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Nunca foi casado []
(2) Atualmente casado []
(3) Separado []
(4) Divorciado []
(5) Viúvo []
(6) Coabitação []

F. OCUPAÇÃO ATUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Emprego assalariado (*por favor especifique*): _____
(2) Trabalha por conta própria (autónomo) (*por favor especifique*): _____
(3) Não assalariado, voluntário/caridade []
(4) Estudante []
(5) Doméstica/Dona de casa []
(6) Aposentado []

- (7) Desempregado (razão de saúde) []
- (8) Desempregado (outra razão) []
- (9) Outro [] (*por favor especifique*) _____

G. DIAGNÓSTICO MÉDICO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAIS

- (1) Não existe nenhuma Condição Médica []
- (2) Hipertensão Arterial [] código da CID:
- (3) Diabetes [] código da CID:
- (4) Artrose: Anca []; Joelho [] código da CID:
- (5) Espondilartrose: Coluna cervical []; Coluna dorsal [] ... código da CID:

- (6) Patologia cardiovascular [] código da CID:
- (7) Patologia respiratória [] código da CID:
- (8) Cancro [] código da CID:
- (9) Depressão [] código da CID:
- (10) Antecedentes traumáticos
 - Não []
 - Sim [] (*por favor especifique*) _____
- (11) Outra (*por favor especifique*) _____
- (12) Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

H. PESSOA SIGNIFICATIVA (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Filho/a []
- (2) Cônjuge []
- (3) Irmão/Irmã []
- (4) Amigo []
- (5) Vizinho []
- (6) Outro [] (*por favor especifique*) _____

2. ANEXOS

Anexo I - Short Portable Mensal Status Questionnaire

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

(Pfeiffer, 1975; traduzido e adaptado por Rodrigues, 2008)

1. Qual a data de hoje? (dia/mês/ano)
2. Que dia da semana é hoje?
3. Qual o nome do local em que estamos neste momento?
4. Qual o seu número de telefone?
5. Qual a sua idade?
6. Qual a sua data de nascimento? (dia/mês/ano)
7. Quem é o atual Presidente da República?
8. Quem foi o Presidente da República imediatamente anterior ao atual?
9. Qual o nome da sua mãe?
10. Comece no número 20 e vá subtraindo (diminuindo) consecutivamente 3.

Máximo de erros: 10

Ajustamentos: diminuir erro se não completou o ensino obrigatório; em caso de erros aumentar um se completou o ensino obrigatório.

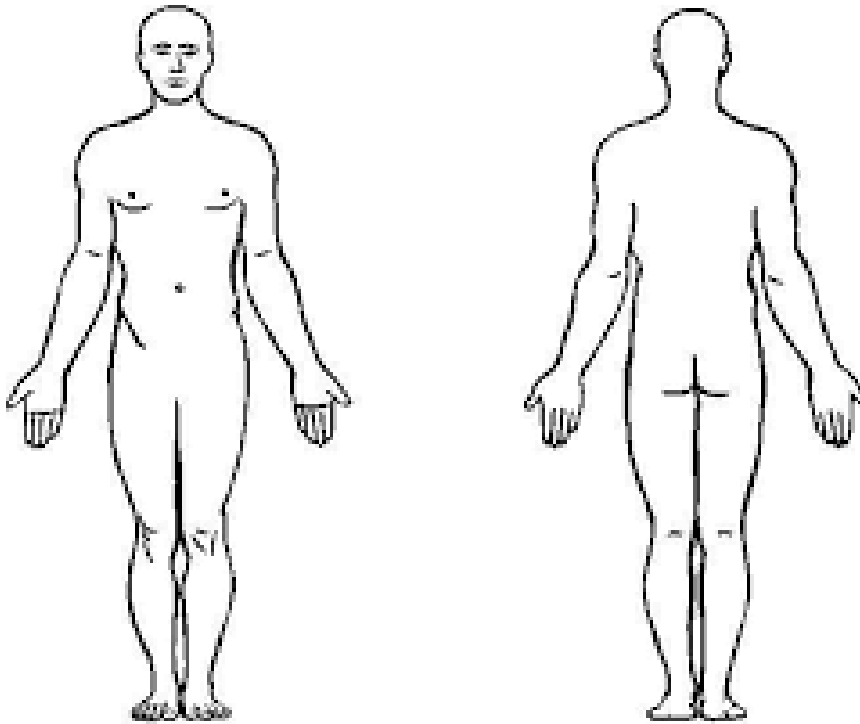
Pontuação:

- 0-2 Algumas funções mentais sem deficiência
- 3-4 Ligeira deficiência de algumas funções mentais
- 5-7 Moderada deficiência de algumas funções mentais
- 8-10 Grave deficiência de algumas funções mentais

Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor

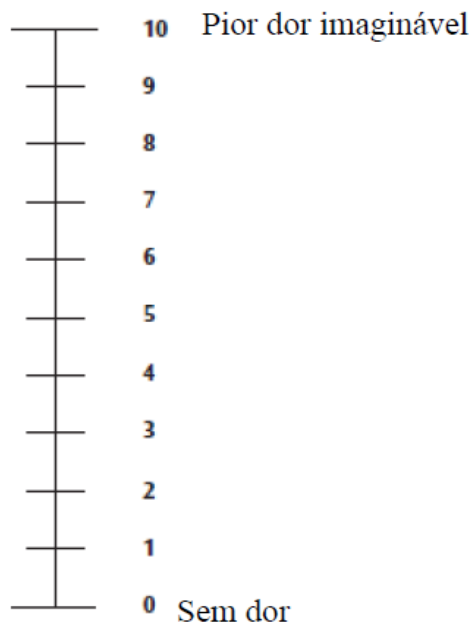
BODY CHART

Assinale, na figura representada, o(os) local(ais) onde sentiu dor na última semana.



ESCALA VISUAL NUMÉRICA

Assinale a intensidade da dor que sentiu na última semana (nos vários locais que assinalou na pergunta anterior), utilizando a escala que se segue.



AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA DOR

Quantas vezes, na última semana, sentiu dor?

- Raramente (1 vez por semana)
- Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- Sempre

Há quanto tempo sente dor? _____ anos

Anexo III – Parecer do Comité de Ética

CONSELHO DE ÉTICA

Conselho de Ética e Deontologia

Parecer nº: 6/2016.

Requerentes: Professora Doutora Margarida Cerqueira e Professora Doutora Anabela Silva.

Título do Projeto: “Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade”.

Orientadoras: Doutora Margarida Cerqueira e Doutora Anabela Silva.

Equipa de Investigação:

Doutora Margarida Cerqueira (ESSUA);

Doutora Anabela Silva (ESSUA);

Lic.ª Ana Amaral - Estudante do 2.º ano do Mestrado em Gerontologia (SACSUA);

Lic.ª Daniela Oliveira - Estudante do 2.º ano do Mestrado em Gerontologia (SACSUA);

Relator: Professor Doutor Jorge Carvalho Arroiteia.

Relatores Adjuntos: Doutora Paula Cristina M. S. Pereira, Dr. António Rocha Andrade, Doutor António J. A. Nogueira e Doutor Armando J. Formoso de Pinho.

I. Relatório

O processo encontra-se devidamente instruído contendo elementos essenciais relativos a:

- Caracterização do projeto;
- Equipa de investigação;
- Bibliografia de referência;
- Apresentação do estudo;
- Apoio da Unidade de Investigação CINTESIS (*Center for Health Technology and Services Research*), UP: Grupo UA – Ageing.
- Apêndices:
 - 1 – Folha de informação;
 - 2 – Consentimento informado;
 - 3 – Guião da entrevista: pessoa idosa e pessoa significativa;
 - 4 – Caracterização do participante: pessoa idosa e pessoa significativa.

Anexos

I - Short Portable Mensal Status Questionnaire;

II - Instrumentos de Avaliação da Dor.

CONSELHO DE ÉTICA

II. Parecer

A. Fundamentação:

1. A proposta relativa ao projeto apresenta-se fundamentada no que respeita aos objectivos, metodologia de recolha e tratamento de dados, bibliografia. Inclui ainda a indicação das questões éticas associadas ao seu desenvolvimento.

2. A amostra está definida (pessoas idosas > 60 anos e pessoas significativas) e os procedimentos a seguir, nomeadamente no que respeita às entrevistas, procedimentos e análise dos dados, estão descritos.

3. Os riscos associados ao desenvolvimento do projeto estão considerados.

De acordo com exposto a proposta respeita os princípios de ética neste tipo de investigação na medida em que o estudo:

1. Salvaguarda o consentimento informado dos participantes (idosos, com > 60 anos e pessoas significativas), anteriormente à recolha de dados;

2. Salvaguarda a participação voluntária da participação;

3. É acompanhado pela equipa de investigação;

4. Os riscos associados à participação no estudo não são superiores aos riscos associados ao dia-a-dia do participante;

5. Os dados recolhidos no projecto são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se confidenciais e anónimos, sob a responsabilidade das Coordenadoras;

6. A documentação resultante da recolha de informação sobre os participantes será oportunamente destruída.

B. Sugestões de aperfeiçoamento:

Não há sugestões a fazer.

C. Conclusão:

De acordo com o anteriormente assinalado e os princípios seguidos por este Conselho é emitido o seguinte parecer:

1. A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora Relatores, após apreciação conjunta da documentação recebida e atendendo a que os procedimentos descritos no estudo de investigação apresentada asseguram a não utilização de qualquer método invasivo e garantem que os participantes, com mais de 60 anos e as suas respectivas pessoas significativas serão oportunamente informados e esclarecidos sobre as condições em que vão decorrer as observações e recolha de dados de modo a ser obtido o consentimento informado, e abonam que os dados recolhidos serão tratados de maneira a permanecerem confidenciais e anónimos, considera que **merece parecer favorável** a realização do projecto em análise.

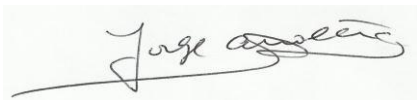
2. Submetido ao CED o parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho em sua reunião plenária de 13 de Janeiro de 2016, por entender que ficam

CONSELHO DE ÉTICA

Salvaguardadas as exigências éticas e os princípios da justiça e da autonomia e bem-estar dos participantes, concorda por unanimidade com o mesmo, em razão do que o ratifica e **dá parecer favorável** à realização do projeto intitulado: “Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade”.

Aveiro, 13 de Janeiro de 2016.

O Relator Principal:



Professor Doutor Jorge Carvalho Arroteia.