



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE – PB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICA E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE FISIOTERAPIA**

LUANA DA SILVA LEAL

**A INFLUÊNCIA DA DOR NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DOS
IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE – PB
JUNHO – 2018**

LUANA DA SILVA LEAL

**A INFLUÊNCIA DA DOR NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DOS
IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

.

Orientadora: Prof. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo.

**CAMPINA GRANDE – PB
JUNHO – 2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L435i Leal, Luana da Silva.
A influência da dor nas atividades básicas de vida diária dos idosos [manuscrito] : um estudo de caso / Luana da Silva Leal. - 2018.
30 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."

1. Envelhecimento. 2. Dor. 3. Capacidade funcional. 4. Idosos. 5. Osteoartrose.

21. ed. CDD 615.82

LUANA DA SILVA LEAL

**A INFLUÊNCIA DA DOR NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA
DIÁRIA DOS IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 06 / 06 / 2018.

Banca Examinadora

Vitória Regina Quirino de Araújo

Profª. Dra. Vitória Regina Quirino de Araújo
Orientadora UEPB

Alexandra Ferreira Tomaz

Profª. Dra. Aleksandra Ferreira Tomaz
Examinadora UEPB

Maria de Lourdes F. de Oliveira

Profª. Esp. Maria de Lourdes Fernandes de Oliveira
Examinadora UEPB

AGRADECIMENTOS

À minha mãe pelo carinho, companheirismo e pela colaboração e apoio, mesmo separadas pela distância nunca faltou afeto.

À minha família, pois sem eles não seria possível a realização desse sonho e conquista.

Ao meu companheiro Weyson Dias pelo carinho, apoio, paciência e o amor que proporciona todos os dias.

A Professora Vitória Regina Quirino de Araújo, que me aceitou como orientanda e me deu forças e direção para a realização desse material.

Aos professores do Curso de Fisioterapia da UEPB, desde a minha entrada no curso, me proporcionaram o aprendizado para me tornar a profissional que serei em breve, cada um com seu jeito e peculiaridade, mas que sem cada um deles não seria possível chegar onde cheguei.

Aos funcionários da UEPB, Alexandra Karla Acioly, Ângela Sampaio, Edjane Ferreira, Milena Veiga e Maria das Graças Costa, pela presteza, carinho e atendimento quando nos foi necessário.

Aos amigos que fiz durante este curso, obrigada por tornar os meus dias mais alegres e pela amizade e apoio.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1	Envelhecimento.....	9
2.2	Osteoartrose (OA).....	10
2.3	Dor	12
2.4	Avaliação da Dor.....	13
2.5	Questionário de Dor de McGill.....	14
2.6	Avaliação da Capacidade Funcional.....	15
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS	23
	Anexo A – Escala de KATZ.....	26
	Anexo B – Questionário de Dor de McGill.....	27
	Apêndice A – Diário de Relato e Observacional.....	29

A INFLUÊNCIA DA DOR NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO

Luana da Silva Leal*

RESUMO

O envelhecimento é tido como um processo natural e inevitável, constituindo o ciclo da vida natural e biológica., este processo tem início desde o nascimento e perdura durante toda a vida. O processo de envelhecimento vem acompanhado muitas vezes das doenças crônicas, que por sua vez pode levar aos quadros álgicos. A dor é conceituada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. Estimativas indicam que 80% dos idosos apresentam problemas de saúde que os pré-dispõem ao desenvolvimento de dor crônica. O presente estudo tem como objetivo identificar a influência da dor nas atividades básicas de vida diária da pessoa idosa. Trata-se de um estudo de caso, a partir da investigação dos sintomas álgicos e sua influência nas Atividades da Vida Diária de uma usuária da Clínica Escola de Fisioterapia. O quadro álgico e suas características foi classificado através do questionário de McGill e o índices de KATZ, analisou as Atividades de Vida Diária. A partir das análises dos dados foi possível identificar que a dor não tem uma forte relação nas atividades de vida diária da idosa integrante do estudo a partir das respostas identificadas no questionário de KATZ, mas que há um comprometimento nas atividades do lar tidas como cotidianas.

Palavras-Chave: Dor, Envelhecimento, Capacidade Funcional.

ABSTRACT

The aging is a a natural process and inevitable, constituting the cycle of natural and biological life, The process beggins in the borning, and continues in the whole life. The process of illness is often accompanied by chronic diseases, which in turn can lead to painful conditions. Pain is conceptualized by the International Association for the Study of Pain (IASP) as an unpleasant sensory and emotional experience that presents in terms of tissue damage real or potential. Estimates indicate that 80% of the elderly present health problems that are pre-existing for the development of chronic pain. The present study has a objective to the influence of pain in basic activities. This is a case study, based on the investigation of pain symptoms and their influence on the Activities of Daily Living of a Clinical School Physiotherapy user. The pain level and their characteristics be classified by the McGill questionnaire and the as Daily Life Activities analyzed by indices of KATZ. Based on the data analysis, it was possible to identify that pain does not have a strong relation in the daily life activities of the elderly woman in the study from the answers identified in the KATZ questionnaire, but that there is a compromise in daily household activities.

Key Words: Pain, Aging, Functional Capacity.

* Aluna de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: luana_lsleal@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento ocorre de forma lenta e multifatorial, sendo este um fenômeno natural no curso da vida. Independentemente das causas que levam ao envelhecimento e à individualidade do fenômeno, o ser humano que se encontra em uma idade mais avançada vai apresentar algumas características marcantes correspondentes ao processo de envelhecimento envolvendo as esferas física, psicológica e social destes indivíduos (SOUZA et al. 2017).

O processo de envelhecimento vem crescendo cada vez mais no decorrer dos anos, em virtude da modificação do estilo de vida das pessoas, proporcionando uma mudança demográfica populacional. Este processo está ocorrendo devido ao aumento do controle da taxa de natalidade, melhores cuidados para com a saúde e a influência dos avanços tecnológicos, que estima uma melhora na qualidade de vida. Segundo dados do IBGE a população idosa no Brasil alcançou um total de 29,6 milhões de pessoas no ano de 2016, tendo um crescimento de 16% entre os anos de 2012 – 2016.

Essa mudança na população é acompanhada de implicações como o aumento da incidência de doenças incapacitantes, crônicas e degenerativas, que contribuem significativamente para o surgimento da queixa das dores. A dor é considerada pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não ao dano real ou potencial de lesões dos tecidos e relacionada com a memória individual, com as expectativas e as emoções de cada pessoa, podendo ser aguda ou crônica (CELICH et al. 2009).

A dor crônica acomete milhões de indivíduos em todo o mundo, cerca de 14% deste infortúnio está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético. E o processo doloroso tem influência intrínseca com a qualidade de vida das pessoas, acarretando quadros como depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de dor crônica (CUNHA et al. 2011).

Poder avaliar e mensurar a dor em idosos é um desafio para pesquisadores e profissionais da área da saúde, pois a faixa etária destes indivíduos favorece o comprometimento cognitivo, tornando o processo de pesquisa um pouco mais complexo, mesmo quando os instrumentos de avaliação selecionados sejam de fácil aplicabilidade.

Mostrando assim, a importância da seleção dos instrumentos de avaliação mais adequados às necessidades da população a ser avaliada (PEREIRA et al, 2015).

Em virtude das consequências que o quadro algíco pode vir a ocasionar na vida de uma pessoa idosa o presente estudo tem como objetivo, identificar a dor e a sua influência nas Atividades Básicas da Vida Diária da pessoa idosa.

Os instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional dos idosos, incluem escalas de funcionalidade baseadas na percepção subjetiva sobre a própria competência para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD). Através do Índice de KATZ, é possível classificar e identificar as limitações para a funcionalidade na vida da pessoa idosa, visto que esta escala contém perguntas sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades de cuidado pessoal, como tomar banho, alimentar-se e vestir-se (REBOUÇAS et al, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento

A população mundial está sofrendo um contínuo processo de envelhecimento, gerando uma mudança progressiva na estrutura da pirâmide da faixa etária, fazendo com que haja uma inversão desta pirâmide. A base está ficando cada vez mais estreita, em decorrência da diminuição da taxa de natalidade, enquanto o topo está alargando, devido ao aumento da expectativa de vida da população. No ano de 2015 o número de pessoas com 60 anos ou mais, correspondia a 12,3% da população mundial, estima-se que no ano de 2050 essa porcentagem quase duplique, contabilizando 21,5% de indivíduos a partir de 60 anos (GUERRERO-CASTAÑEDA et al, 2017).

No Brasil também está ocorrendo a mudança demográfica da pirâmide populacional, favorecendo o envelhecimento da população. E o envelhecimento é tido como um processo natural e inevitável, constituindo o ciclo da vida natural e biológica. (GUTIERREZ et al, 2017; TECHERA et al, 2017). É considerado um fenômeno progressivo que evolui com desgaste orgânico, alterações emocionais, culturais e sociais. Este processo tem início desde o nascimento e perdura durante toda a vida, sendo que cada indivíduo envelhece de forma única, devido às condições intrínsecas e do ambiente. Portanto, o envelhecimento é um processo variável e acompanhado de modificações na composição, estrutura e fisiologia do corpo humano (FAVORETTO et al, 2017).

O processo de envelhecimento frequentemente é acompanhado de uma visão relacionada ao adoecimento, desorientação e regressão, mas tais aspectos nem sempre ocorrem desta maneira, pois, mesmo existindo perdas biológicas, econômicas, sociais e psicológicas, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável (FAVORETTO et al, 2017).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), saúde é considerada como capacidade funcional. E está corresponde a autonomia e a capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões, enquanto a independência é considerada como a capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. Sendo assim, quanto mais longínquo for possível manter a independência e a autonomia para uma pessoa idosa, melhor serão as condições de vida da mesma, assim, compreende-se o fato da doença e dependência serem o maior temor das pessoas idosas (PEREIRA et al, 2017).

O envelhecimento pode vir acompanhado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que também podem ocasionar em incapacidade funcional. Nos estudos acerca da expectativa de vida da população são analisados não só a sobrevida, mas também os anos vividos sem incapacidade. O conceito contemporâneo de saúde considera saudável o indivíduo com plena capacidade funcional, mesmo que seja diagnosticado com múltiplas DCNT. Esse conceito privilegia a independência e a autonomia do indivíduo no dia a dia (REBOUÇAS et al, 2017).

Contudo, as DCNT podem levar ao surgimento de dores crônicas, que diminui a qualidade de vida dos idosos nos domínios físicos e de relações, afetando também a manutenção da autonomia do idoso, o que poderá limitar o desempenho de suas atividades cotidianas, tornando-o dependente dentro de seu contexto social, econômico e cultural (CUNHA et al, 2011). Diante disto, pode-se destacar a osteoartrose (OA), como uma das doenças crônicas que causa maior incapacidade musculoesquelética mundial, ocasionando limitações no cotidiano da população, principalmente nos idosos, em virtude do efeito fisiológico decorrente da patologia (LOURES et al, 2016).

2.2 Osteoartrose (OA)

Com o processo de envelhecimento e vulnerabilidade física às doenças crônicas, há o surgimento de diversas disfunções e alterações biológicas, que influenciam muitas vezes e de forma negativa a qualidade de vida dos idosos, sobretudo porque as doenças crônicas degenerativas, se instalam de forma progressiva, são de longa duração ou de característica

permanente. As doenças crônicas geram incapacidades devido as alterações patológicas que vão se instalando ao longo do tempo. Entre essas enfermidades pode-se citar a hipertensão arterial (HAS), diabetes melitus (DM), acidente vascular cerebral (AVC), a osteoporose (OP) e a osteoartrose (OA) (UCHÔA, 2016).

As doenças crônicas do sistema musculoesquelético estão entre os agravos à saúde mais prevalentes na população mundial. A osteoartrose (OA) é a maior causa de incapacidade musculoesquelética mundial e o principal fator de limitação física na população idosa. Esse grave problema de saúde pública mundial atinge 5,2% da população acima de 19 anos (cerca de 10 milhões de pessoas) (LOURES et al, 2016). Aos 70 anos de idade, 85% da população têm OA diagnosticável e 100% apresentam alterações radiológicas compatíveis com esta doença (BIASOLI et al, 2003).

Alguns fatores de riscos contribuem para o surgimento da OA, tais como gênero, idade, trauma, uso excessivo e condições genéticas. Os principais tecidos acometidos pela osteoartrose são a sinóvia, osso e a cartilagem hialina (KAWANO et al, 2015). A osteoartrose (OA) é uma doença articular crônico degenerativa que se evidencia pelo desgaste da cartilagem articular. Clinicamente, caracteriza-se por dor, rigidez matinal, crepitação óssea, atrofia muscular e quanto aos aspectos radiológicos é observado estreitamento do espaço intra-articular, formações de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formações císticas (DUARTE et al, 2013).

Tradicionalmente, a patologia é considerada uma doença da cartilagem articular decorrente de fatores mecânicos, genéticos, hormonais, ósseos e metabólicos, que acarretam um desequilíbrio entre a degradação e a síntese da cartilagem articular. Atualmente a OA tem sido reconhecida como uma doença que envolve todos os tecidos da articulação (LOURES et al, 2016). Esta disfunção caracteriza-se por um desgaste progressivo nas articulações, em virtude do desequilíbrio na homeostase corporal entre as células produtoras e degradadoras de cartilagem articular, promovendo alterações na concentração de condroblastos. Desencadeando um processo de destruição da cartilagem, caracterizado por amolecimento, fissuração com pequenos traços de fratura, que vão aumentando com o passar do tempo, até atingir o osso subcondral, promovendo uma tensão a nível ósseo e conseqüentemente o surgimento de osteófitos (UCHÔA, 2016).

Basicamente, existem dois tipos de osteoartrose, levando em considerando a etiologia, pode ser classificada como primária, quando não existe uma causa conhecida, ou secundária quando é desencadeada por fatores conhecidos e determinados. Na osteoartrose, primária ou secundária, a cartilagem é o tecido com maiores alterações. Entre as alterações morfológicas,

a cartilagem articular perde sua natureza homogênea e é rompida e fragmentada, com fibrilação, fissuras e ulcerações. Às vezes, com o avanço da patologia, não resta nenhuma cartilagem e áreas de osso subcondral ficam expostas (DUARTE et al, 2013).

Clinicamente, os pacientes com OA apresentam dor com características mecânicas, que aparece ou piora com início dos movimentos, rigidez matinal de curta duração, crepitação que pode ser palpável ou até mesmo audível com a mobilização da articulação envolvida, diminuição ou perda da função articular, além de hipotrofia muscular, deformidades e, dependendo do local comprometido, nódulos, como os observados nas articulações interfalangeanas distais e proximais e sintomas irradiados ou referidos, como ocorrem nos casos de osteoartrose da coluna (BIASOLI et al, 2003). Os indivíduos com osteoartrose possuem baixa percepção da sua qualidade de vida nos domínios capacidade funcional, limitação funcional e dor (KAWANO et al, 2015).

2.3 Dor

A dor é conceituada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. Sendo sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas (ALVES et al, 2013; LEITE et al, 2006; PIMENTA, 1998). O componente fisiológico da dor é chamado nocicepção, que decodifica as sensações mecânicas, térmicas e químicas, gerando impulsos elétricos por terminais nervosos especializados, realizando a transdução, transmissão e modulação de sinais neurais, sendo assim, os nociceptores são responsáveis por garantir e preservar a homeostase tecidual (KLAUMANN et al, 2008).

O quadro algico serve como um sinal de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é causa de incapacidades e inabilidades prolongadas. Para fins de pesquisa, a Associação Internacional para Estudo da Dor define a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente, com três episódios em três meses. Devido a sua longa duração, este sintoma, perde a função de manter a homeostase e de ser sinal de alerta, causando comprometimento funcional, sofrimento, incapacidade progressiva e custo socioeconômico (DELLAROZA et al, 2008).

O sintoma algico é fator limitante de funções, aumenta a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo, ou regiões, e limitando o funcionamento

físico dos indivíduos idosos. A literatura aponta o impacto da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de inabilidade funcional na maior fragilidade e níveis aumentados de comorbidades nesta população. A alta prevalência deste sintoma em idosos está associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas como osteoartrose e osteoporose (ANDRADE et al, 2006).

A incidência das algias no mundo atinge entre 7% e 40% da população, afetando pelo menos 30% dos indivíduos durante algum momento da sua vida e, em 10% a 40% deles, tem duração superior a um dia. No Brasil, estudos mostram altas taxas de prevalência da dor, um deles com 61,4% e outro encontrou 41,4% da população acometida (GARCIA et al, 2013). Estimativas indicam que 80% dos idosos apresentam problemas de saúde que os predispõem ao desenvolvimento de dor crônica. Inquéritos populacionais brasileiros mostraram que mais de 60% dos idosos relataram doenças crônicas causadoras desta afecção (ARAÚJO et al, 2010).

A prevalência destes sintomas no envelhecimento está geralmente associada a patologias crônicas do sistema musculoesquelético, especialmente osteoartrose e osteoporose, que exercem influência importante no processo de incapacidade funcional e fragilidade. Sendo internacionalmente reconhecida como um agravo recorrente na vida dos idosos, e alguns estudos identificaram os seguintes fatores como associados à dor no envelhecimento: idade, sexo, obesidade, ansiedade, depressão, doenças osteoarticulares, distúrbios do sono e fadiga, algumas doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, bem como quedas e fraturas (BETTIOL et al, 2017).

Admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentem quadros algícos. Apesar disso, há o conceito errôneo de que a dor seja consequência esperada ou normal no processo do envelhecimento. Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentem, pelo menos, um problema significativo de saúde que os predisponham a este sintoma. A dor frequente está presente em 32% a 34% dos idosos, a ocasional em 20% a 25%, a aguda em 6% a 7%, e a crônica em 48% a 55% dos idosos (DELLAROZA et al, 2008).

2.4 Avaliação da Dor

Por se tratar de uma sensação subjetiva e pessoal de cada indivíduo, é difícil de avaliar a dor, bem como analisar o tipo e a intensidade. É um sintoma complicado de

quantificar por envolver cultura, sensibilidade e fatores psicológicos que interferem no estímulo sensorial. Por ser baseada em auto relato, deve tomar-se os devidos cuidados na avaliação deste sintoma, necessitando que haja uma abrangência multidimensional. Uma avaliação completa deve incluir aspectos fisiológicos, emocionais, culturais e ambientais. Deve-se também destacar as características da dor como, sua intensidade, localização, instalação, duração, periodicidade, repercussões no funcionamento biológico e psicossocial, interferência nas atividades de vida diária, estado emocional do doente e seus fatores atenuantes ou agravantes (LEITE et al, 2006).

Para avaliação do quadro algico são adotados instrumentos em uma perspectiva unidimensional que avalia apenas um aspecto da dor, como: a intensidade, com o uso de escalas numéricas, visual ou analógica, ou avaliando as atividades da vida diária através de escalas comportamentais. São usadas também as formas multidimensionais que avaliam conjuntamente mais de um aspecto deste sintoma, como o inventário Wisconsin, que caracteriza a dor e avalia a intensidade em sua dimensão sensorial, emocional e cognitiva, bem como, adotam-se o questionário de dor de McGill que são ferramentas que avaliam a dor em todos os aspectos citados de uma boa avaliação (ARAÚJO et al, 2010; LEITE et al, 2006).

2.5 Questionário de Dor de McGill

A seleção de uma escala de avaliação da dor que abrange os aspectos multidimensionais, torna-se mais interessante, tendo em vista que a dor se trata de uma percepção que está relacionada às qualidades sensoriais, afetivas, temporais e não somente ao seu grau de intensidade (SANTOS et al, 2008).

O questionário de dor McGill (MPQ) foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, com o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente. Se tornou o questionário mais referenciado mundialmente e usado na prática clínica, pois avalia as qualidades sensoriais, afetivas e temporais da dor, além de apresentar uma avaliação da distribuição espacial e da intensidade da dor (“sem dor” a “cruciante”). Apesar de ser um instrumento que apresenta validade é necessário avaliar a sua aplicabilidade na população idosa, uma vez que este sintoma é uma experiência multidimensional e pode ser influenciada pelo processo de envelhecimento (SANTOS et al, 2008).

O questionário de McGill aborda a dor de várias formas, dando dados importantes do quão incomodo o indivíduo está se sentido, o que pode afetar a capacidade funcional do

mesmo, devido aos sintomas dolorosos ao qual o inflige. Atualmente existem diversos instrumentos que são capazes de analisar tal aspecto, que vão desde as atividades básicas da vida diária, até ao autocuidado.

2.6 Avaliação da Capacidade Funcional

Com o passar dos anos, o ser humano passa a sofrer transformações no seu corpo em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas, e uma dessas consequências está relacionada com as modificações na capacidade funcional, ou seja, na condição do indivíduo em realizar com autonomia e/ou independência as tarefas diárias. A capacidade funcional é fundamental para o bem-estar da pessoa idosa. A autonomia na execução de suas atividades é de suma importância, quando a independência do idoso é ameaçada ou deteriorada, as dimensões humanas nos âmbitos físico, social e psicológico são afetadas negativamente. (SANTOS et al, 2008).

Dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade está a ocorrência de incapacidade funcional, caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro das atividades considerada normal para a vida humana. O estudo da capacidade funcional é útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, tendo em vista as repercussões do aumento de sua expectativa de vida e as novas influências sobre o cotidiano desses indivíduos. Na zona urbana de Pelotas, RS, entre outubro de 2007 a janeiro de 2008, foi conduzido um estudo transversal com a população com idade ≥ 60 anos, utilizando o índice de Katz (AVDs) e a escala de Lawton (Instrumentais), para avaliação da capacidade funcional. A prevalência de incapacidade para as atividades básicas foi de 26,8% e a menor proporção de independência foi para controlar funções de urinar e/ou evacuar. Para as atividades instrumentais, a prevalência de incapacidade funcional foi de 28,8%, sobretudo para realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte. Elevado percentual de idosos (21,7%) apresentou mais de uma atividade com incapacidade nas atividades instrumentais; já nas atividades básicas, a maior parte apresentou dependência para apenas uma atividade (16,6%) (DUCA et al, 2009).

Destaca-se que a mulher é mais afetada na sua autonomia para as Atividades de Vida Diária (AVD), especialmente em idades mais avançadas, acima de 85 anos, por consequências de agravos prolongados e progressivamente incapacitantes. Como mostra um estudo quantitativo do tipo transversal de caráter exploratório e descritivo, tendo como base a população de idosos residentes em bairros periféricos da cidade de Fortaleza – Ceará / Brasil.

Os resultados revelaram que as atividades mais comprometidas foram "alimentação e hidratação", "locomoção", "atividades realizadas na casa" em especial as consideradas pesadas, "lazer e recreação". (SILVA et al, 2006).

Atualmente as ações de saúde pública, devem considerar o grau de incapacitação, dependência e necessidade de ajuda dos indivíduos. Sendo necessário indicadores simples, válidos e confiáveis, capazes de identificar e quantificar a dependência no dia a dia e necessidade de ajuda. A maioria dos instrumentos utilizados para avaliar a capacidade funcional dos idosos é multidimensional e incluem escalas de funcionalidade baseadas na percepção subjetiva sobre a própria competência para a realização das atividades da vida diária (AVD). Trata-se de perguntas sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades de cuidado pessoal e atividades instrumentais da vida em sociedade, como tomar banho, fazer compras ou limpar a casa (REBOUÇAS, et al 2017).

A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: as atividades básicas da vida diária, também chamadas de atividades de autocuidado ou de cuidado pessoal e as atividades instrumentais da vida diária, também denominadas de habilidades de mobilidade ou de atividades para manutenção do ambiente. As atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. Já as atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (DUCA et al 2009).

À medida que a população envelhece, maior é a prevalência de problemas crônicos de saúde e incapacidades funcionais associadas. Dentre esses problemas encontram-se diversas doenças associadas à dor crônica (SANTOS et al, 2011). As alterações funcionais são consequências de doenças e/ou problemas comuns aos idosos. São comuns, na população idosa, queixas associadas às afecções crônicas, ao declínio da cognição e da dependência nas atividades funcionais, sendo forte a relação entre nível cognitivo e habilidade funcional. Entre as cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar (MARRA et al, 2007).

Diante do exposto, o envelhecimento vem acompanhado de diversas mudanças, sendo estas, as próprias alterações físicas, a carga emocional com a qual o ser idoso lida em virtude das limitações que surgem com o passar dos dias e anos, sejam essas limitações advindas de doenças degenerativas como os Déficits Cognitivos ou as doenças crônicas, típicas do

envelhecimento como as reumatológicas, com comprometimentos músculos esqueléticos e articulares, vinculados muitas vezes a processos dolorosos, causando limitações nas AVDs destes indivíduos. Cada idoso encara o processo de envelhecimento de uma forma particular, que pode contribuir na realização das atividades tidas como do cotidiano, mesmo com a instalação de enfermidades que possam limitar a funcionalidade do idoso, o modo como este indivíduo se vê influencia na sua desenvoltura das atividades do dia a dia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de um estudo de caso, que analisa de modo detalhado, um caso individual e explica a dinâmica de um fenômeno. Com este procedimento se supõe que possa adquirir conhecimento da ocorrência estudada a partir da exploração intensa de um único caso (VENTURA, 2007). A pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e no domicílio da integrante do estudo, na cidade de Campina Grande – PB, Campus I, no período de abril de 2018.

A população foi composta por idosos que possuem afecções traumato-ortopédicas e/ou reumatológicas com quadro álgico crônico e persistente. A amostra foi composta por 1 pessoa idosa, usuária dos serviços da Clínica Escola, por acessibilidade e conveniência. A fim de preservar a privacidade e sigilo, a usuária estudada, está identificada nesse estudo com o pseudônimo de Dolores[†].

A amostra intencionada, são as pessoas idosas. A partir de 60 anos, de ambos os sexos, com qualquer nível de escolaridade, que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico para afecções traumato-ortopédicas e/ou reumatológicas na Clínica Escola de Fisioterapia. Sendo excluídas as pessoas que tenham comprometimentos cognitivos, déficits auditivos, visuais e neurológicos os quais dificultariam o alcance dos objetivos do estudo e compreensão dos instrumentos de coleta de dados.

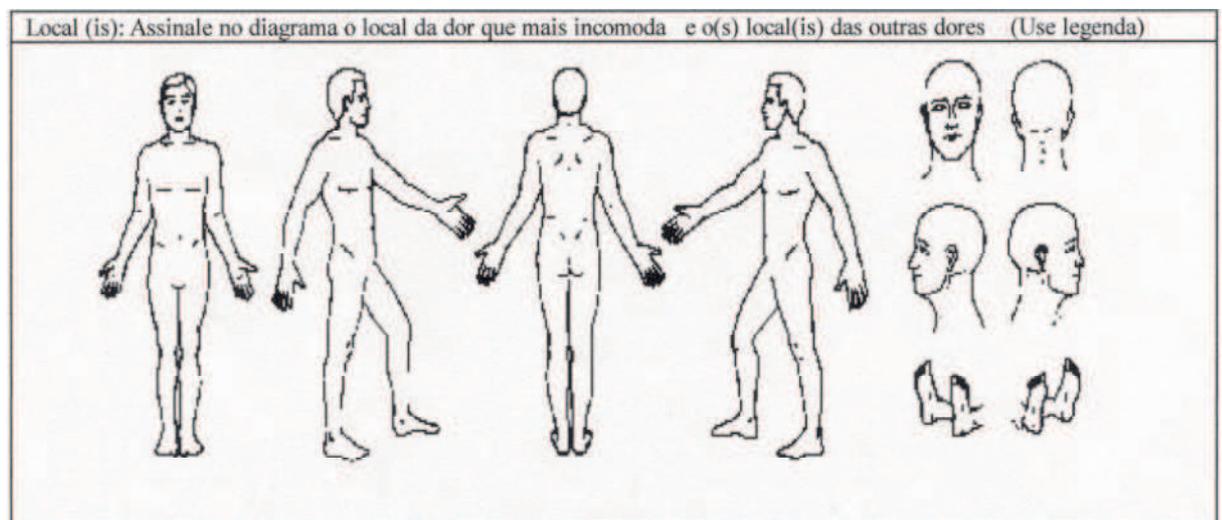
Refere-se a uma idosa, usuária da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, ora denominada Dolores com 73 anos, casada, e com diagnóstico de osteoartrose em mais de uma articulação do corpo, há mais de 10 anos, já foi submetida a cirurgia de artroplastia total de joelho esquerdo e de hérnia de disco na coluna lombar. Diante

†

Tem origem no espanhol *dolores*, que quer dizer literalmente “dores”. Surgiu a partir do título espanhol de Maria das Dores, dado à Virgem Maria, originalmente chamada de *María de los Dolores*. Fonte: <https://www.dicionariodenomesproprios.com.br/dolores/>

destes achados, foi realizada a aplicação de dois questionários: Questionário de McGill referente a dor e Índice de KATZ condizente as AVDs.

Para avaliação da dor, foi utilizado uma imagem contendo as partes do corpo humano, e em seguida, solicitado que a participante indicasse na figura a dor que mais a incomodava, a mesma indicou a coluna vertebral, depois pediu-se a indicação de outras regiões que a dor também estava presente, sendo sinalizado: o joelho direito, ombro esquerdo, as mãos e os pés. Em relação a dor na coluna, a que se relatou mais incomodo, de acordo com a Escala Numérica da Dor (END) a participante avaliou-a em 8, descrita como intensa de acordo com a escala, a participante diz sentir esta dor a mais de 30 anos e que não havia nada que pudesse melhorar este sintoma.



O questionário de McGill apresenta 4 categorias de descritores e conseqüentemente uma pontuação:

Categoria de Descritores:	Nº de Descritores	Pontuação Máxima	Pontuação da Participante
Sensorial	10	42	16
Afetivo	5	14	12
Avaliativo	1	5	5
Miscelânea	4	25	13
TOTAL:	20	86	46

Pode-se perceber que os descritores AFETIVOS e AVALIATIVOS que tem relação a percepção da dor que afeta de forma emocional o paciente, foram os de maior pontuação por parte da participante, sendo assinalados os seguintes termos: Afetivos – exaustiva, sufocante, aterrorizante, cruel e enlouquecedora; Avaliativos – insuportável. Com isso, é perceptível o

quanto a dor pode deixar um indivíduo emocionalmente e psicologicamente afetado, tendo que conviver com o quadro álgico diariamente e sem ter uma perspectiva de melhora.

O Questionário de Dor de McGill, utilizado para avaliação dos aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos da dor, inclui um diagrama corporal para localização da experiência dolorosa, uma escala de intensidade e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos. Mostrou-se útil para obtenção de informações qualitativas da dor quando utilizado no idoso sem impedimentos cognitivos. Mostrando-se vantajoso no direcionamento de alguns idosos para a classificação do “desconforto”, do “sofrimento” e da “chaga” muitas vezes referidos como queixa de dor, por esta população. Questionário de McGill continua sendo o mais frequentemente aplicado pelos pesquisadores, apesar das dificuldades encontradas na interpretação dos escalonamentos gerados (ANDRADE et al, 2006).

Já na avaliação das atividades de vida diária, utilizando o Índice de KATZ que aborda os seguintes pontos: Banho, Vestir-se, Ir ao banheiro, Locomoção, Continência, Alimentar-se. Em cada quesito avaliado o participante responde se é Independente, Dependente parcial ou Totalmente dependente. Desta forma, é possível verificar em quais atividades há uma dependência ou não. Sendo assim obteve-se o seguinte resultado:

Atividade Realizada	Grau de Dependência
Banho	Independente
Vestir-se	Independente Parcial
Ir ao Banheiro	Independente
Locomoção	Independente
Continência	Independente
Alimentar-se	Independente

De acordo com o estudo realizado por DUCA et al. 2009, com relação às atividades de autocuidado utilizando o índice de Katz, foi possível identificar alta prevalência de incapacidade para o controle das funções de urinar e/ou evacuar, seguida pelos atos de vestir-se e tomar banho. Bem como a grande maioria apresentou incapacidade para apenas uma atividade básica. Em contrapartida as atividades instrumentais demonstram maior complexidade para a sua execução, sendo as incapacidades mais frequentes os deslocamentos utilizando algum meio de transporte, fazer compras e lavar a roupa, respectivamente. Contrariamente ao observado para as atividades básicas, as incapacidades para as atividades

instrumentais ocorreram forma acumulada, sendo assinalado mais de um aspecto incapacitante.

Ao aprofundar a análise das atividades realizadas por Dolores, identificamos que a mesma necessita de ajuda em várias atividades do dia a dia. A fim de ampliar a compreensão sobre a influência da dor nas AVDs, foi elaborado um diário de relato das AVDs da participante, bem como, foi feita uma visita domiciliar, a fim de observar o seu cotidiano. A partir de tais análises foi possível verificar que, embora a participante seja independente nas atividades em que lhe foram questionadas, ao aprofundar mais sobre cada uma delas, identificou-se que:

- 1) Banho: Dolores sentia dificuldade em lavar algumas partes do corpo como as costas e os pés, necessitava de ajuda para passar hidratante nas costas e nas panturrilhas. No banheiro da residência há adaptações para facilitar a utilização do sanitário e o banho, fazendo uso de barras de apoio. Nos aspectos relativos à higiene pessoal, relatou dificuldade para cortar as unhas dos pés, sendo necessário pedir ajuda ao seu filho para a execução da atividade.
- 2) Vestir-se: A idosa estudada relata que cada vez mais, sente dificuldade em trocar de roupa, não consegue mais fechar o sutiã sozinha, sendo necessário que alguém o faça, e informa dificuldade em vestir calças, tornando o processo de vestir-se lento, pois se cansa rápido, em virtude das dores.
- 3) Locomoção: a participante alega que não sente tanta dificuldade, pois havia aprendido o modo correto de deitar-se e levantar-se da cama, bem como sentar e levantar da cadeira na Clínica Escola de Fisioterapia, onde realiza tratamento fisioterapêutico para amenizar os sintomas algícos. Entretanto quando há momentos de crises, onde as dores tornam-se intensas e dificultam a marcha, a mesma utiliza andador ou bengala canadense que já possui em seu domicílio, para poder ter um melhor apoio e conseqüentemente facilitar a locomoção. Dolores ainda afirma que atividades como realizar compras, só são possíveis, se ela for acompanhada por familiares. E atividades de lazer como passear em shopping ou atividades que incluam a marcha, ou passar demasiado tempo em pé não são atrativas, pois a dor lhe causam desgaste físico e emocional.
- 4) Alimentação: Dolores refere que durante o processo de preparo das refeições, há necessidade de realizar diversas pausas em virtude das dores difusas que sente no corpo. Próximo a sua cozinha há uma poltrona reclinável, para que a participante

do estudo possa realizar pausas e descanso por alguns minutos, e ter condições de retornar ao preparo das refeições.

Diante do exposto é perceptível que Dolores apresenta comprometimentos devido o quadro álgico, a mesma relatou sua insatisfação em virtude das dores constantes que pioram ao realizar qualquer atividade ou esforço físico, visto que não realiza mais atividades do lar, como passar pano na casa, varrer, lavar banheiro e estender as roupas no varal. Por ter uma máquina de lavar em sua residência, o ato em si de lavar roupa não é comprometido, já que o único esforço é o de depositar e retirar as roupas do eletrodoméstico. No entanto, o cuidado com a casa, não está sendo mais possível de ser realizado em sua totalidade, interferindo indiretamente em sua realização pessoal.

Conviver com a dor crônica pode afetar a vida de uma pessoa, causando incapacidade, isolamento social, ou menor qualidade de vida. Esses problemas relacionados ao quadro álgico, têm se mostrado mais comuns em idosas, sobretudo nas mais velhas, do que em idosos mais velhos. Resultados de um estudo recentemente publicado com foco em mulheres idosas que moram sozinhas em casa com dor crônica mostraram que a dor limitava o cotidiano das mulheres e, em geral, elas apresentavam baixo nível de atividade física (CEDERBOM et al, 2014).

Na proporção que a longevidade aumenta, a dependência tende a crescer em decorrência de múltiplos fatores, embora não possa ser estabelecida uma relação direta de causa e efeito. As alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento normalmente são variadas e dependem de como cada um se preparou para esta etapa da vida, de sua capacidade física, da manutenção das atividades que proporcionem prazer e desenvolvimento intelectual, pessoal e da rede social que contribuem para a manutenção de sua autonomia.

No estudo de caso apresentado ressalta-se que as atividades que estão mais comprometidas e interferindo na autonomia de Dolores foram "alimentação e hidratação", "locomoção", "atividades realizadas na casa" em especial as consideradas pesadas, "lazer e recreação". Com tal entendimento, sugere-se que as condutas fisioterapêuticas prescritas para os idosos com síndromes dolorosas, sejam capazes de aliar o uso dos diversos recursos analgésicos às observações e condutas educativas para as Atividades da Vida Diária, uma vez que é fundamental para a manutenção da funcionalidade, e cognição e independência, a preservação das atividades rotineiramente executadas pela pessoa idosa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O questionário de McGill mostrou-se importante na identificação do quão incomoda a dor é para a participante, e de como a afeta emocionalmente e psicologicamente, como é possível identificar, tendo em vista os descritores que se obteve maior pontuação, AFETIVOS e AVALIATIVOS, sendo um indicador que influencia negativamente na vida de Dolores. Em relação a análise das AVDs presentes no índice de KATZ não foi identificada dependência por parte da participante, entretanto quando questionada quais as atividades rotineiras de Dolores que eram mais comprometidas pelo quadro algico, a mesma relatou sua insatisfação em virtude das dores constantes que pioram ao realizar qualquer atividade ou esforço físico, visto que não realiza mais em sua grande maioria as atividades do lar interferindo indiretamente em sua realização pessoal.

A dor crônica afeta de muitas formas a vida de uma pessoa, causando incapacidade, isolamento social, ou menor qualidade de vida. Tomando como base as AVDs e sobretudo as atividades do lar, as idosas tendem a ser mais afetadas, em comparação aos idosos. Tal questão, pode estar relacionada aos aspectos psicossociais, onde os cuidados com o lar, histórica e culturalmente é atribuído às mulheres.

Sendo assim, há a necessidade de estudos que identifiquem as atividades relacionadas ao cuidar do lar, também como atividades que fazem parte do cotidiano das pessoas, inclusive dos homens idosos e o modo que a dor pode influenciar na realização dessas atividades. Pois foi possível analisar no presente estudo, as dores sentidas pela idosa, não comprometeram significativamente a realização das AVDs apontadas pelo índice de KATZ. Ratificando assim, a relação da dor na desenvoltura de cuidados com o lar, que são tidas como atividades cotidiana na vida das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rafaela de Carvalho et al. Análise do Conhecimento Sobre Dor Pelos Acadêmicos do Curso de Fisioterapia em Centro Universitário. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 272-279, outubro-dezembro, 2013.
- ANDRADE, Francisco Alves et al. Mensuração da Dor no Idoso: Uma Revisão. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 271-276, março-abril, 2006.
- ARAÚJO, Louise et al. M. Escala de Locus de Controle da Dor: Adaptação e Confiabilidade para Idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 5, p. 438-445, setembro-outubro, 2010.
- BETTIOL, Camila Helen de Oliveira et al. Fatores Preditores de Dor em Idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE 2006 e 2010. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 9, p. 00098416, 2017
- BIASOLI, Maria Cristina; IZOLA, Laura Nascimento Tavares. Aspectos Gerais da Reabilitação Física em Pacientes com Osteoartrose. **Rev Bras Med**, v. 60, n. 3, p. 133-6, março, 2003.
- CEDERBOM, Sara et al. A Behavioral Medicine Intervention For Older Women Living Alone With Chronic Pain – A Feasibility Study. **Clinical Interventions In Aging**, v. 9, p. 1383-1397, August, 2014.
- CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia. Dor Crônica em Idosos e sua Influência nas Atividades da Vida Diária e Convivência Social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.
- CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da Dor Crônica na Qualidade de Vida em Idosos. **Rev Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 120-4, abril-junho, 2011.
- DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Caracterização da Dor Crônica e Métodos Analgésicos Utilizados por Idosos da Comunidade. **Rev assoc med bras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.
- DUARTE, Vanderlane de Souza et al. Exercícios Físicos e Osteoartrose: Uma Revisão Sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, p. 193-202, janeiro-março, 2013.

DUCA, Giovâni Firpo Del et al. Incapacidade Funcional para Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária em Idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, outubro-fevereiro, 2009.

FAVORETTO, Natalia Caroline et al. **Portal dos Idosos: Desenvolvimento e Avaliação de um Website com Informações Sobre o Processo de Envelhecimento e as Principais Alterações Fonoaudiológicas que Acometem os Idosos**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GARCIA, Beatriz Tavares et al. Relação Entre Dor Crônica e Atividade Laboral em Pacientes Portadores de Síndromes Dolorosas. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 204-209, julho-setembro, 2013.

GUERRERO-CASTAÑEDA, Raúl Fernando; VARGAS, Ma Guadalupe Ojeda. El Envejecimiento Desde la Percepción de Enfermería. **Revista Electrónica Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 32, janeiro-junho, 2017.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula et al. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 885-898, julho-setembro 2017.

KAWANO, Marcio Massao et al. Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Osteoartrose de Joelho. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 23, n. 5, p. 307-310, abril-julho, 2015.

KLAUMANN, Paulo Roberto et al. Patofisiologia da Dor. **Archives of Veterinary Science**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.

LEITE, Francine; GOMES, Jaime de Oliveira. Dor Crônica em um Ambulatório Universitário de Fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 211-221, maio-junho 2006.

LOURES, Fabrício Bolpato et al. Avaliação do Índice de Massa Corporal Como Fator Prognóstico na Osteoartrose do Joelho. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 51, n. 4, p. 400-404, julho-agosto, 2016.

MARRA, Taís Almeida et al. Avaliação das Atividades de Vida Diária de Idosos com Diferentes Níveis de Demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 4, p. 267-273, julho-agosto, 2007.

PEREIRA, Keila Cristina Rausch et al. Avaliação da Gestão Municipal para as Ações da Atenção à Saúde do Idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00208815, 2017.

PEREIRA, Lílian Varanda et al. Intensidade da Dor em Idosos Institucionalizados: Comparação Entre as Escalas Numérica e de Descritores Verbais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 804-810, outubro-julho, 2015.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Conceitos Culturais e a Experiência Dolorosa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 179-186, agosto, 1998.

REBOUÇAS, Monica et al. Validade das Perguntas Sobre Atividades da Vida Diária para Rastrear Dependência em Idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017.

SANTOS, Fania Cristina et al. Programa de Autogerenciamento da Dor Crônica no Idoso: Estudo Piloto. **Rev Dor**, v. 12, n. 3, p. 209-214, julho-setembro, 2011.

SANTOS, Roberto Lopes; JÚNIOR, Jair Sindra Virtuoso. Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, abril-outubro, 2008.

SILVA, Maria Josefina et al. Avaliação do Grau de Dependência nas Atividades de Vida Diária em Idosos da Cidade de Fortaleza-Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, outubro-abril, 2006.

SOUZA, Diego da Silva et al. Análise da Relação do Suporte Social e da Síndrome de Fragilidade em Idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 420-433, 2017.

TECHERA, María Patricia et al. Significados que le Atribuyen al Envejecimiento Activo y Saludable un Grupo de Personas Mayores que Viven en Comunidad. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 3, p. 1750016, 2017.

UCHÔA, Érica Patrícia Borba Lira. **Idosos com Osteoartrose e Seus Cuidadores Familiares: Um Estudo Sobre o Perfil Populacional e a Qualidade de Vida**. 2016. Tese de Doutorado. Univerdade Católica de Pernambuco.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso Como Modalidade de Pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, setembro-outubro, 2007.

Anexo A – Escala de KATZ – Avaliação das Atividades de Vida Diária do Idoso

1) Tomar Banho:

- Toma banho, sem necessitar de qualquer ajuda.
- Precisa apenas de ajuda para lavar alguma parte do corpo.
- Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho.

2) Vestir-se:

- Apanha a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda.
- Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos e ou alguma peça íntima.
- Precisa de ajuda para apanhar a roupa e não se veste por completo.

3) Ir ao banheiro:

- Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã, sem ajuda.
- Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite.
- Não consegue utilizar a sanita.

4) Locomoção:

- Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se, sem ajuda.
- Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda.
- Não se levanta da cama.

5) Continência:

- Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas.
- Tem incontinência ocasional.
- É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância.

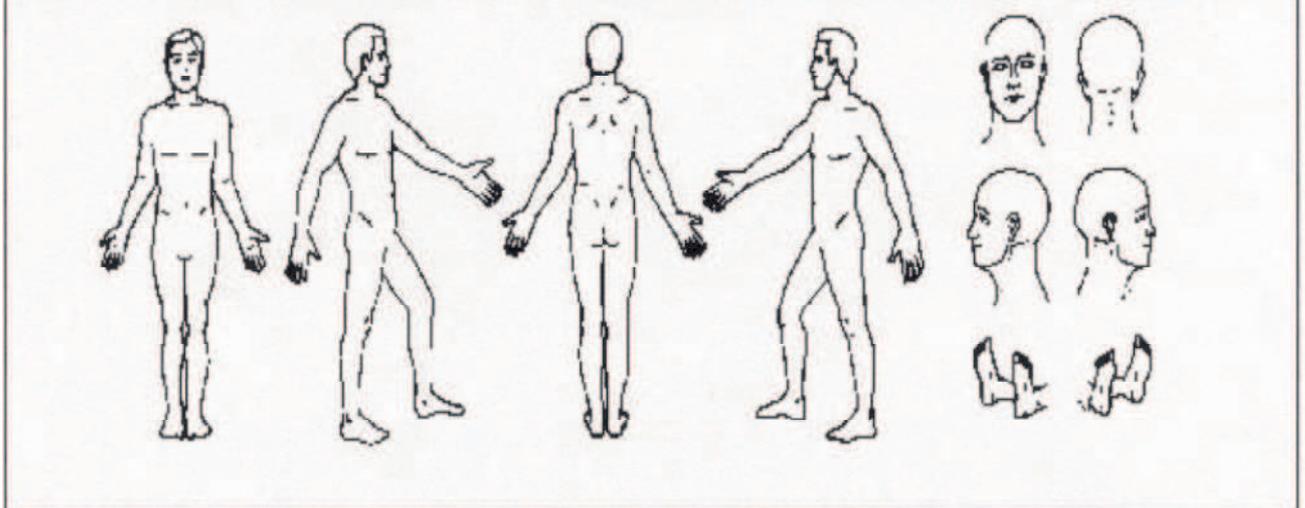
6) Alimentar-se:

- Come sem qualquer ajuda.
- Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão.
- Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou total mente, por sonda ou por via endovenosa.

Anexo B – Questionário de Dor de McGill

Questionário de Dor

Local (is): Assinale no diagrama o local da dor que mais incomoda e o(s) local(is) das outras dores (Use legenda)



Legenda: Dor que mais incomoda (marque um sinal de +). Outras dores (marque L1, L2, L3 etc.)

Fonte: MCCAFFERY; Beebe. Pain; Clinical Manual for Nursing Practice. Mosby: St Louis, 1989. p. 21

SOBRE A DOR QUE MAIS INCOMODA	
Há quanto tempo sente essa dor?	
Está com dor agora? () sim () não Se não, quando sentiu dor pela última vez? Há _____ dias	
Intensidade (0-10): () leve () moderada () intensa () insuportável	
Ela: () é contínua () via e vem independente de qualquer coisa () vai e vem dependendo de	
A dor tem: () início súbito () início insidioso	
A dor tem horário preferencial? () sim () não Qual?	
O que faz essa dor melhorar?	
O que faz essa dor piorar?	

SOBRE OUTRAS DORES	
Local 1 (L1) _____ intensidade (0-10) _____ qualidade: _____	Local 2 (L2) _____ intensidade (0-10) _____ qualidade: _____
Local 3 (L3) _____ intensidade (0-10) _____ qualidade: _____	Local 4 (L4) _____ intensidade (0-10) _____ qualidade: _____

INVENTÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DOR McGRILL (dor que mais incomoda)

Algumas das palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual (aquela que mais o incomoda). Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo, a mais adequada para a descrição da sua dor.

Sub-categ.	SENSORIAL - DESCRITORES					
1	1 vibração	2 tremor	3 pulsante	4 latejante	5 como batida	6 como pancada
2	1 pontada	2 choque	3 tiro			
3	1 agulhada	2 perfurante	3 facada	4 punhalada	5 em lança	
4	1 fina	2 cortante	3 estraçalha			
5	1 beliscão	2 aperto	3 mordida	4 cólica	5 esmagamento	
6	1 fisgada	2 puxão	3 em torção			
7	1 calor	2 queimação	3 fervente	4 em brasa		
8	1 formigamento	2 coceira	3 ardor	4 ferroadada		
9	1 mal localizada	2 dolorida	3 machucada	4 doída	5 pesada	N. de desc.
10	1 sensível	2 esticada	3 esfolante	4 rachando		Soma pontos
Sub-categ.	AFETIVO - DESCRITORES					
11	1 cansativa	2 exaustiva				
12	1 enjoada	2 sufocante				
13	1 amedrontadora	2 apavorante	3 aterrorizante			
14	1 castigante	2 atormenta	3 cruel	4 maldita	5 mortal	N. de desc.
15	1 miserável	2 enlouquecedora				Soma pontos
Sub-categ.	AVALIATIVO - DESCRITORES					
16	1 chata	2 que incomoda	3 desgastante	4 forte	5 insuportável	N. de desc.
						Soma pontos
Sub-categ.	MISCELÂNEA - DESCRITORES					
17	1 espalha	2 irradia	3 penetra	4 atravessa		
18	1 aberta	2 adormece	3 repuxa	4 espreme	5 rasga	
19	1 fria	2 gelada	3 congelante			N. de desc.
20	1 aborrecida	2 dá náusea	3 agonizante	4 pavorosa	5 torturante	Soma pontos

TOTAL

Número de descritores escolhidos	Soma dos pontos das subcategorias
----------------------------------	-----------------------------------

O Sr. se sente nervoso/tenso com frequência? () sim () não Especifique:

O Sr. sente medo ou receio de algo? () sim () não Especifique:

ATENÇÃO PARA VERBALIZAÇÕES que indiquem reações de pesar (como lida com as perdas percebidas, ou com a antecipação delas):

Apêndice A – Diário de Relato e Observacional.

Foi realizado no dia 17/05/2018 uma visita domiciliar na cidade de Campina Grande – PB, pela acadêmica Luana da Silva Leal, para a realização da coleta de dados com a participante I.F.S.O, uma idosa usuária da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, a fim de levantar dados para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Após a realização da aplicação do questionário de McGill e o índice de KATZ, foi feito algumas perguntas aprofundando a temática abordada sobre as atividades de vida diária e dor, e como a participante se sentia quanto a sua auto percepção.

- Em relação a dor, qual a postura adotada que mais lhe incomoda?

Doi de todas as formas, quando estou deitada, sentada, em pé, qualquer movimento que eu faça sinto dores.

- Durante o banho a senhora sente dificuldade em lavar alguma parte do corpo ou apresenta alguma limitação em relação aos cuidados pessoais?

Não consigo esfregar as minhas costas e os pés, para lavar os pés preciso esfregar um ao outro. Para passar hidratante nas costas e nas panturrilhas preciso que alguém me auxilie. E não consigo cortar as unhas dos pés, tenho que pedir ajuda para meu filho.

- O que a senhora sente em relação a não poder realizar essas atividades quanto a higiene pessoal?

Fico nervosa, pois não tem coisa pior que depender dos outros e atualmente é o que mais sou.

- Quanto ao ato de se vestir a senhora sente alguma dificuldade?

Não consigo atar o fecho do sutiã sozinha, e quando vou trocar de roupa sinto dificuldade, mas me visto sozinha, e minha dificuldade maior é quando vou vestir calça.

- Utilizar o sanitário sente alguma dificuldade?

Não, vou ao banheiro só utilizo a ducha, faço minhas necessidades sem precisar de ajuda.

- Para se locomover, levantar-se da cama, sentar há alguma dificuldade?

Não, até porque aprendi a me deitar e levar da cama da forma correta na universidade. Agora quando estou com dores muito fortes as vezes preciso até de andador ou a bengala para poder me dar mais apoio.

- Quanto a continências, a senhora sente dificuldade de segurar o xixi ou as fezes?

Não, não tenho problema algum.

- Para se alimentar ou no preparo da alimentação a senhora precisa de alguma ajuda?

Não, me alimento sozinha, mas durante a preparação da comida muitas vezes preciso parar porque as mãos, os pés e as costas começam a formigar e a dor, me sento um pouco na poltrona e descanso alguns minutos, quando as dores aliviam um pouco volto a preparar a comida.

- O que a dor lhe causa?

Me causa tudo que é ruim, tédio, e é uma coisa que tenho que conviver pelo resto da minha vida. E tenho que aprender a lidar com ela diariamente.

- Quais as limitações que a dor lhe causa?

Não posso realizar os afares dentro de casa, meu filho é quem faz as coisas por mim, não consigo varrer uma casa, passar o pano na casa, lavar o banheiro, estender as roupas no varal, só lavo porque eu só faço coloca dentro da máquina. Se eu fizer alguma dessas coisas é para ficar acabada de dor.

- Como a senhora se sente em relação a ser dependente nas atividades de casa e nos cuidados pessoais?

Me sinto mal, pois não há coisa pior do que não poder fazer as coisas sozinha e esperar pelos outros para poder fazer.

Durante a visita pude observar algumas coisas, a participante tem um andar antálgico, para levantar e sentar na cadeira faz uma pequena pausa para poder respirar em virtude das dores que sente, e a dor que ela mais se queixa é a da coluna vertebral. Na sua residência há uma poltrona do papai que fica próximo da cozinha, pois quando ela está fazendo a preparação do comer ou lavando os pratos, organizando a cozinha, precisa fazer intervalos durante a execução das tarefas por conta das dores que começam a incomodar ainda mais, assim que as dores amenizam um pouco a participante volta as atividades. No banheiro há barras de apoio tanto na frente do sanitário quanto no chuveiro, para dar apoio e evitar quedas, a participante relata que ainda vai colocar mais uma barra de apoio na parte do chuveiro para dar maior segurança.