

**Bárbara Pires de Andrade Lage Cabral**

**PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS SOBRE A DOR  
NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

2017

**Bárbara Pires de Andrade Lage Cabral**

**PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS SOBRE A DOR  
NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Saúde e Reabilitação no Idoso

Orientadoras:

Profa. Dra. Leani Souza Máximo Pereira

Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

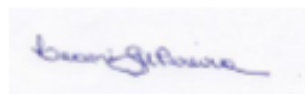
2017

COLEGIADO DE POS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab) E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br) FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

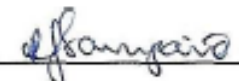
**ATA DE NUMERO 250 (DUZENTOS E CINQUENTA) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BARBÁRA PIRES DE ANDRADE LAGÉ CABRAL DO PROGRAMA DE POS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.**

Aos 20 (vinte) dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação **"PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS SOBRE A DOR NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIARIAS"**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Leani Souza Maximo Pereira, Rosana Ferreira Sampaio, Karla Cristina Giacomini sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se as 14h00min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Apos avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Marilane Soares, secretaria do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2017

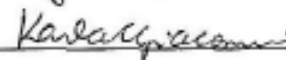
Professora Dra Leani Souza Maximo Pereira



Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio

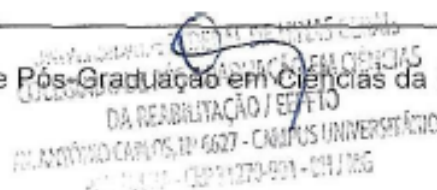


Professora Dra. Karla Cristina Giacomini



Marilane Soares 084190

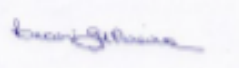
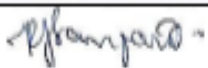
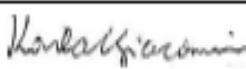
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação



COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
 SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab) E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br)  
 FONE/FAX: (31) 3408-4781

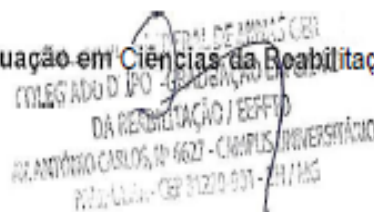
PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de BARBARA PIRES DE ANDRADE LAGE CABRAL intitulada "PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS SOBRE A DOR NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS", defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora APROVOU a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Leani Souza Maximo Pereira	Aprovada	
Rosana Ferreira Sampaio	Aprovada	
Karla Cristina Giacomin	Aprovada	

Belo Horizonte, 20 de fevereiro 2017.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG



A minha família, com todo meu amor.

## Agradecimentos

A Deus, por mais esta oportunidade e por guiar o meu caminho, ajudando-me a ter tranquilidade e persistência.

A minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcella Guimarães Assis, pelo carinho, pela paciência, pela atenção e pela confiança durante toda a minha trajetória, em especial durante o mestrado, mas também por ser um exemplo no decorrer de minha formação como terapeuta ocupacional.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leani Souza Máximo Pereira e a toda equipe do *Back Complaints in the Elderly* (BACE) – Brasil pela oportunidade e pela disponibilidade.

A todos os professores, que sempre me inspiraram e muito contribuíram para minha formação, em especial aos do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação e do Departamento de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) da UFMG.

Aos participantes da pesquisa, por me receberem em seus lares e compartilharem suas histórias.

À Alice, minha querida dupla, e aos demais colegas do mestrado, que tornaram o caminho mais suave, em especial: Danielle Xavier, Esther Kvele, Jederson Soares, Karla Gonçalves e Poliana Benfica.

Aos meus pais, pelo imenso amor, dedicação e pelas palavras certas nas horas certas. Aos meus avós, que grande influência tiveram na minha escolha profissional, por encherem minha vida de boas recordações e mimos. Às tias Tania e Lelé, por cuidarem de mim com muito carinho e sempre vibrarem com minhas conquistas.

Ao Paulo, por me incentivar a fazer o mestrado, pelo amor, pelo companheirismo e por sempre me apoiar.

A Camila e Sula, minhas irmãs do coração.

Aos meus familiares e amigos por trazerem leveza e alegria mesmo nos momentos difíceis, por se fazerem presentes, ainda que distantes fisicamente.

Aos meus queridos pacientes, sem vocês todo esse esforço seria em vão, e a todos da Residência para Idosos Aconchego, pelo apoio e compreensão.

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste projeto.

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que acontece em todo o mundo. No Brasil, o grupo que mais cresce corresponde à faixa etária de 80 anos e mais, os chamados idosos muito idosos. Com o aumento da proporção de idosos, há o aumento de doenças crônicas degenerativas, que podem provocar dor e levar a um processo de incapacidade funcional. A dor é uma experiência subjetiva e diz respeito a um feito existencial, no qual a pessoa sofre em sua totalidade, sendo sua reação mediada pela cultura, pela história de vida do indivíduo e por sua relação com o que o cerca. O objetivo geral deste estudo foi compreender a percepção de idosos muito idosos sobre a dor. Os objetivos específicos foram: discutir os elementos que participam da construção dos significados da dor entre idosos muito idosos; compreender como a pessoa muito idosa, com dor, percebe o modo de realização das atividades diárias; e identificar as estratégias utilizadas durante a realização das atividades da vida diária. Estudo qualitativo baseado no referencial antropológico, realizado com idosos com 80 anos e mais que compõem o estudo multicêntrico, internacional, longitudinal *Back Complaints in the Elderly (BACE)*. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação e os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Após a análise criteriosa das entrevistadas, as três categorias que emergiram foram: “A vivência constante da dor”, “A compreensão da dor” e “A realização das atividades no cotidiano da dor”. Participaram do estudo 30 mulheres e 02 homens com idade entre 80 a 91 anos. Os participantes afirmaram sentir dor com frequência, relacionaram a dor ao envelhecimento, à incapacidade e à solidão, e, apesar da dor constante, eram independentes para a realização das atividades básicas de vida diária. Quanto às atividades instrumentais de vida diária, relataram fazer de modo intermitente ao longo do dia e recorrerem a familiares e amigos para auxiliá-los. O envolvimento em atividades avançadas de vida diária foi considerado uma maneira de aliviar a dor. Por meio desses resultados foi possível dar voz aos idosos com dor, bem como compreender a maneira subjetiva com qual eles se relacionam com a dor e o que faz com que permaneçam independentes e engajados em atividades ainda que sintam dores fortes e constantemente.

**Palavras-chave:** Idoso muito idoso. Dor. Atividades de vida diária. Pesquisa qualitativa.



## ABSTRACT

Population aging is a phenomenon that happens all over the world. In Brazil, the group that grows the most corresponds to the age group of 80 years and more, called the oldest old. With the increasing proportion of elderly people, there is an increase in noncommunicable diseases, which causes pain and can lead to a process of functional disability. Pain is a subjective experience and refers to an existential feat, in which the person suffers in his totality and his reaction is mediated by the culture, the individual's life history and his relationship with what surrounds him. The aim of this study was to understand the perception of oldest old people regarding pain. The specific objectives were: to discuss the elements that participate in the construction of meanings of the pain among the oldest old; to understand how the oldest old people with pain perceives the way of performing daily activities; and to identify the strategies used during the activities of daily living. This is a qualitative study based on the anthropological reference, with individuals aged 80 years and older that participated in the multicenter, international, longitudinal study Back Complaints in the Elderly (BACE). The data collection was performed by semi-structured interview. The number of participants was defined by saturation criterion and the data were analyzed using the thematic content analysis technique. After a careful analysis of the interviewees, three categories emerged: "The constant experience of pain", "Understanding the pain" and "Accomplishing activities in the daily life with pain". Thirty women and two men aged from 80 to 91 years old participated in the study. Participants reported frequent pain, related pain to aging, disability and loneliness, and despite their constant pain, they still were independent to perform basic activities of daily living. As for instrumental activities of daily living, they reported to do it intermittently throughout the day and to ask their family and friends for help. Involvement in advanced activities of daily living was considered a way to relieve the pain. Through these results it was possible to listen to the elderly with pain and, since pain is subjective, to understand the way in which they relate to it and what makes them remain independent and engaged in their activities even though they still feel strong and constantly pain.

**Keywords:** Oldest old. Pain. Activities of daily living. Qualitative research.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmides Etárias Absolutas da População Brasileira - 1990, 2010, 2020 e 2050.....	13
Figura 2 - População por Sexo e Grupos de Idade 1980-2050.....	14

## PREFÁCIO

A estrutura deste trabalho foi organizada em oito partes de acordo com as normas estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Universidade Federal de Minas Gerais, aprovadas em 21 de agosto de 2012. A primeira parte apresenta a introdução, composta por revisão bibliográfica e justificativa. A segunda parte apresenta os objetivos do estudo. A terceira descreve com detalhes a metodologia utilizada. A quarta é composta pelo artigo intitulado “Percepção de idosos muito idosos sobre a dor na realização das atividades diárias”, redigido e estruturado de acordo com as normas adotadas pela Revista *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Na quinta parte do trabalho são apresentadas as considerações finais relacionadas aos resultados encontrados. A sexta parte apresenta as referências bibliográficas completas e em ordem alfabética de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Ao final, o apêndice e os anexos encontram-se na sétima e oitava seção, respectivamente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Envelhecimento populacional.....	12
1.2 Dor: definição e classificação.....	15
1.3 Dor: uma visão antropológica.....	18
1.4 A dor e a incapacidade funcional.....	20
<b>1.5 Justificativa.....</b>	<b>22</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
<b>3 PERCUSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
3.1 Participantes.....	24
3.2 Coleta de dados.....	26
3.2.1 Entrevista.....	27
3.3 Análise dos dados.....	27
3.4 Consentimento Ético.....	28
<b>4 ARTIGO.....</b>	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
Aprovação no Conselho de Ética do Projeto BACE.....	52
Aprovação no Conselho de Ética do Termo Aditivo.....	53

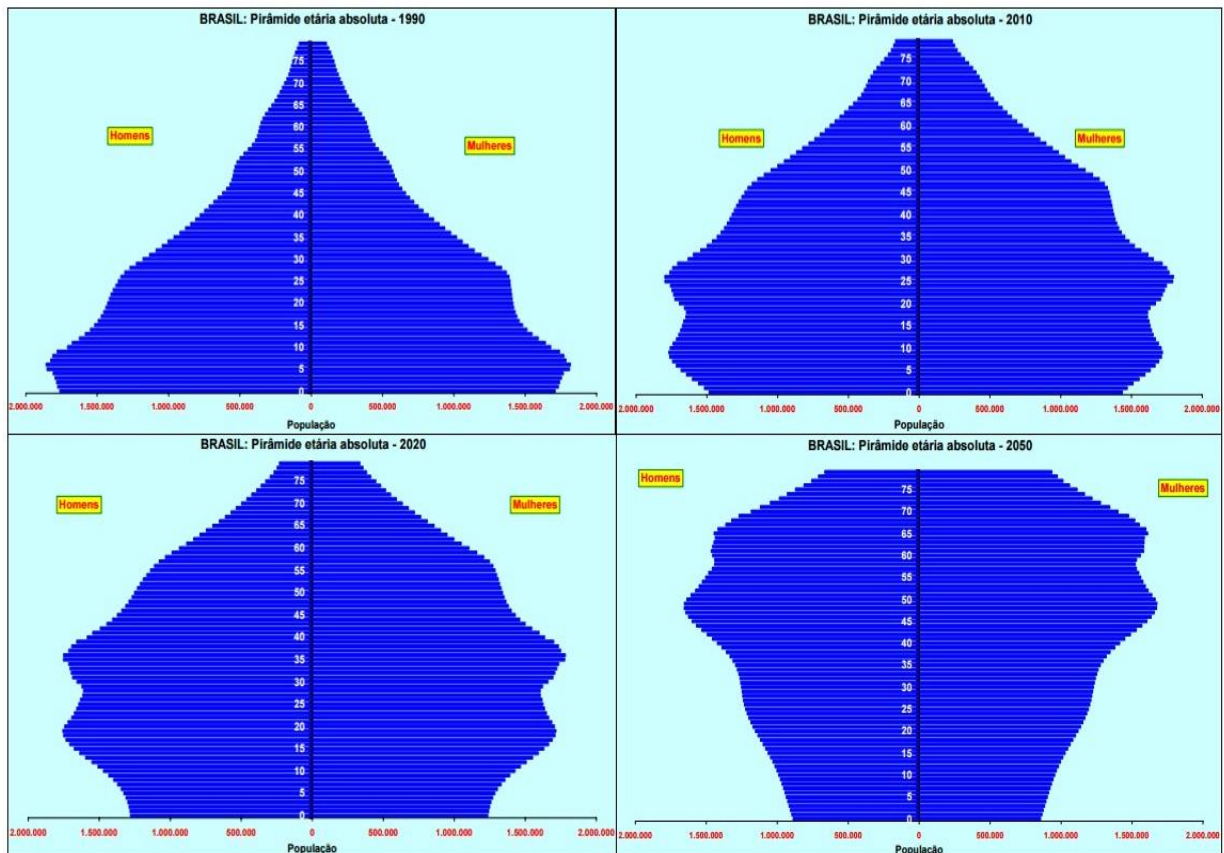
# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que acontece em ritmo e momentos distintos nos diversos países. Nos desenvolvidos, deu-se de modo lento ao longo do último século, havendo um preparo da sociedade para lidar com essa mudança. No Brasil, destaca-se o modo acelerado com o qual este processo ocorre (ALVES *et al.*, 2007), com início na década de 1960, quando as taxas de natalidade e fecundidade começaram a cair e a taxa de mortalidade, que já estava decrescendo desde 1940, continuou reduzindo (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

Enquanto em 1940 a proporção de pessoas com 60 anos ou mais era de 4,1% da população, entre 1960 a 1970, essa proporção subiu para 5,1% e, na década de 1980, foi para 6,1% (CAMARANO, 2014). Em 1991, os idosos representavam 7,3% da população total (IBGE, 2003), chegando a 9,7% em 2004 (IBGE, 2015). Já em 2010, esse grupo era de 20,6 milhões de pessoas, representando 11% da população brasileira, conforme Figura 1 (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

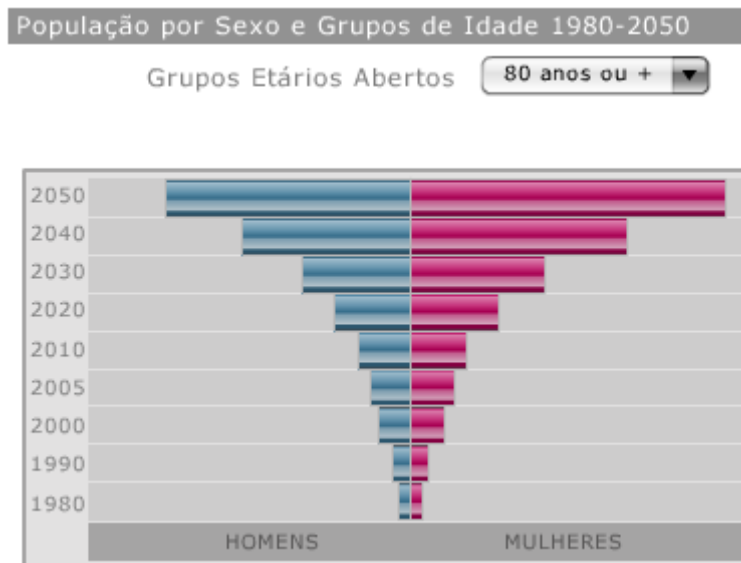
Figura 1 – Pirâmides Etárias Absolutas da População Brasileira - 1990, 2010, 2020 e 2050



Fonte: IBGE, 2009

Entre a população idosa, o grupo que mais cresce é o de pessoas com 80 anos ou mais, os chamados “idosos muito idosos”. Em 2035, o contingente populacional deverá reduzir e a “estrutura etária superenvelhecida” aumentará (CAMARANO, 2014). De acordo com as Nações Unidas (2015), a América Latina e o Caribe acompanharão um crescimento rápido dessa população, aumentando 81% entre 2015 e 2030. Em uma projeção realizada por Camarano (2014) para 2050, o grupo etário composto por pessoas com 60 anos ou mais será o único do país a manter uma taxa de crescimento ascendente e, dentro desse grupo, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá aumentar ainda mais, devido ao decréscimo da mortalidade em idades avançadas. No grupo dos idosos muito idosos, a predominância será feminina (NASRI, 2008), no entanto, em todo o mundo, as projeções indicam que o número de homens, gradualmente, se aproximará daquele das mulheres, havendo um equilíbrio entre os sexos nessa população (NAÇÕES UNIDAS, 2015), como se pode observar na Figura 2.

Figura 2 – População por Sexo e Grupos de Idade 1980-2050



Fonte: IBGE, 2008

Em Minas Gerais, a maior parte dos idosos, assim como da população total do estado, concentra-se na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), cujo processo de envelhecimento populacional também se encontra em expansão. No ano de 1991, a maior parte dos idosos encontrava-se na região central, na Pampulha e no Belvedere, consideradas áreas com população com maior poder aquisitivo de Belo Horizonte, em 2000, já se observa um deslocamento para a periferia. Outro dado importante refere-se à alfabetização e à renda dos idosos, uma vez que embora tenha se observado relativa melhora entre 1991 e 2000, a maior concentração de idosos alfabetizados com maiores rendas encontra-se nas regiões mais abastadas da cidade (ZAHREDDINE; RIGOTTI, 2006).

O indicador que mede o grau de envelhecimento de uma dada sociedade, o chamado índice de idosos, aumentou significativamente em Belo Horizonte entre os anos de 1991 a 2000. A população da cidade passou de um nível intermediário de envelhecimento para ser considerada uma população relativamente idosa (ZAHREDDINE; RIGOTTI, 2006). Enquanto em 1980 os idosos representavam 5,4% da população total da cidade, em 1996 essa proporção elevou-se para 8,3%, passando para 9,1% em 2000 e para 12,6% em 2010 (IBGE, 2010).

Com o aumento da expectativa de vida, observa-se também o aumento da incidência de doenças incapacitantes e de doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis, que perduram por um longo período de tempo e contribuem para o aparecimento de queixas dolorosas (CELICH; GALON, 2009). No estudo de Giacomini *et al.* (2008), com idosos da RMBH, 16% apresentavam algum nível de incapacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD), que incluem tarefas de mobilidade e autocuidado, sendo que 8% apresentavam incapacidade leve ou moderada e 8% incapacidade total para realizar as AVD sem auxílio de uma outra pessoa. Além disso, a hipertensão arterial e a artrite estavam associadas com a incapacidade leve ou moderada, ao passo que o diabetes e o acidente vascular encefálico associaram-se à incapacidade grave. Outro dado desse estudo foi a associação do aumento da idade com a incapacidade funcional. Evidenciou-se que, ao passo que a idade aumenta, a prevalência de dependência total e alguma dificuldade nas AVD também se eleva. Assim, o grupo de idosos muito idosos apresentou uma forte associação com a incapacidade funcional.

## **1.2 Dor: definição e classificação**

A dor pode ser considerada, em uma visão biológica, como um mecanismo de defesa que protege contra um dano físico iminente. Ela está relacionada à excitação das terminações nervosas que são sensíveis ao estímulo doloroso (NAIME, 2013). A *International Association for the Study of Pain* (IASP) afirma que a dor é uma experiência emocional e sensorial que causa incômodo, acompanhada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, sendo que cada pessoa aprende a usar esse conceito por meio de suas experiências passadas (MERSKEY, 1994).

Em sua última atualização do conceito, em 2012, a IASP ainda manteve o paradigma de que, na maioria das vezes, a dor está relacionada a uma causa física, entretanto, admite que a dor é também sempre subjetiva e, ainda que não haja uma lesão tecidual, se o indivíduo considera que está sentindo dor do mesmo modo



como se houvesse uma lesão, deve ser tratado como tal. Além disso, pondera que, diante da impossibilidade de comunicar verbalmente, isso não rejeita a possibilidade de que uma pessoa esteja sentindo dor e, assim, necessite de um tratamento para alívio da mesma.

A dor, apesar de ser classificada como uma resposta neurofisiológica, é consideravelmente diferente de todas as outras experiências sensoriais, pois, além do componente físico, há o afetivoemocional. Ela é resultado da interação dinâmica e complexa entre cognição, condutas, emoções e sensações, dessa forma, é influenciada por diversos fatores, sendo que alguns ajudam a aumentar e outros a reduzir o seu limiar. Sentir-se compreendido, ter uma boa qualidade de sono, fazer repouso, conseguir reduzir a ansiedade, o sentimento de solidariedade, realizar atividades de lazer, receber visita de pessoas queridas e ouvir uma música agradável estão entre os componentes que ajudam a aliviar a dor. Por outro lado, o isolamento social, o cansaço, a tristeza, o medo, o abandono social ou a introversão, a insônia e a raiva fazem com que o indivíduo sinta a dor com maior intensidade e duração, além de haver mais dificuldade no seu alívio (SAPETA, 2007). Assim, pode-se afirmar que a dor é uma experiência subjetiva.

A dor pode ser classificada quanto à intensidade, ao padrão, à origem e ao tempo de duração (NAIME, 2013). A intensidade pode variar de nenhuma até a dor muito intensa (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011); enquanto o padrão pode ser constante, intermitente ou breve (BOTTEGA; FONTANA, 2010). Já em relação à origem, pode ser: 1) nociceptiva, quando há estímulo e sensibilização dos nociceptores; 2) neuropática, quando deriva de lesões que acometem as vias sensitivas do sistema nervoso periférico ou central; 3) mista, quando envolvem as duas primeiras; ou 4) psicogênica, quando está relacionada a fatores psicológicos sem uma fonte somática primária reconhecível (NAIME, 2013). Por fim, quanto ao tempo de duração, pode ser considerada aguda ou crônica, porém o limiar entre as duas é complexo e depende da patologia (MERSKEY; BOGDUK, 1994). A primeira aparece repentinamente e serve para alertar sobre uma lesão, já a dor crônica, é aquela que tem duração superior a seis meses ou que ultrapassa o tempo esperado

para a recuperação da causa que a desencadeou (CELICH; GALON, 2009; MERSKEY; BOGDUK, 1994). Além dessas classificações, há também a dor relacionada ao câncer e a conhecida como “dor total” (NAIME, 2013; LE BRETON, 2013; MERSKEY; BOGDUK, 1994). A primeira pode ser tanto aguda quanto crônica e, em relação ao padrão, pode ser intermitente ou contínuo, estando associada ao crescimento do tumor e aos efeitos do tratamento de quimioterapia e de radioterapia (NAIME, 2013; MERSKEY; BOGDUK, 1994). Já a segunda é um conceito que compreende a dor para além do fenômeno físico e engloba os aspectos somáticos, psicológicos, sociais e espirituais (NAIME, 2013). Essa terminologia foi utilizada primeiro por Cecily Saunders, precursora dos Cuidados Paliativos (SAPETA, 2007).

Em relação à avaliação da dor existem diferentes instrumentos: a Escala Visual Analógica (EVA) - que avalia a intensidade da dor -, o Inventário Breve de Dor e o Questionário McGill de Dor, ambos de caráter multidimensional. O Inventário Breve de Dor mensura a intensidade, a interferência da dor na habilidade para caminhar, o humor, o sono, as atividades diárias, o trabalho e as atividades sociais, assim, a pessoa avalia sua dor no momento em que o inventário é aplicado e também a dor menos intensa, mais intensa e a média da dor nas últimas 24 horas. O Questionário McGill de Dor avalia aspectos da dor por meio de descritores que o indivíduo escolhe para exprimir sua dor, sendo que esses são divididos em quatro grupos: avaliativo cognitivo, afetivo motivacional, sensorial discriminativo e miscelânea. A dor pode ser localizada em um diagrama, caracterizada em relação aos grupos e sua intensidade medida, bem como sua periodicidade e duração. Cabe ressaltar que os instrumentos multidimensionais fornecem mais informações, no entanto, todos apresentam restrições e o uso dependerá das características de cada ambiente e paciente (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

A dor biologicamente definida se refere a alterações primariamente no corpo, que refletem no estado emocional do indivíduo. Dessa maneira, pode ser mensurada e classificada de diversas formas, porém não há um modo mais adequado ou melhor que o outro. Isso acontece devido a sua complexidade e diz da dificuldade de quantificar algo tão subjetivo, uma vez que uma mesma alteração em determinado

segmento corporal, resulta em dores de maior ou menor intensidade, tempos diferentes de duração e padrões desiguais, pois dependerá de fatores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito.

### **1.3 Dor: uma visão antropológica**

Em uma visão antropológica da dor, o antropólogo e sociólogo David Le Breton (2013), afirma que essa não é um feito puramente fisiológico, mas existencial, já que o indivíduo sofre em sua totalidade e não somente seu corpo físico. Desse modo, cada ser humano reage de uma maneira diante de um mesmo estímulo doloroso, a qual é influenciada pela cultura, pelos valores do sujeito e por sua relação com o que o cerca. A dor é inerente ao sofrimento, dessa forma, toda dor leva a um sofrimento moral, e a um questionamento das relações entre o homem e o mundo. A relação com a dor depende do significado que ela tem para o indivíduo no momento em que é afetado.

As experiências da dor são inúmeras, mas observa-se em comum o fato de serem percebidas como algo estranho, que pode mudar hábitos e costumes, inclusive, fazer com que o indivíduo perca a vontade viver (LE BRETON, 2013). Ao sofrer com a dor, o indivíduo questiona sua maneira de pertencer ao mundo e sua capacidade de iniciativa (PIERRON, 2009). A dor torna-se um obstáculo às atividades cotidianas uma vez que acarreta em perda de confiança e de liberdade para agir no mundo (PEDRINI; CÉLIS, 2010). Ela rompe com o fluxo da vida cotidiana e transforma as relações, oprime o indivíduo e não somente seu corpo. Sendo assim, ela afeta todas as atividades do sujeito, até mesmo as preferidas, entremeia gestos, atravessa os pensamentos, ou seja, contamina toda a relação do ser com o mundo. Ao sentir dor, o homem padece por completo, deixando de ser ele mesmo (LE BRETON, 2010).

Le Breton (2013) propõe a seguinte forma de apresentação da dor: aguda, crônica e total. A primeira refere-se a um estado transitório. Geralmente, é comum, mas marca o dia-a-dia, causando desconforto. Há também as dores agudas mais intensas que

podem representar o início de alguma doença que está se instalando e, nesse caso, seria um sintoma que acompanha a doença até sua cura. É um tipo de dor que tem prazo para acabar, o que causa menos sofrimento à pessoa, no entanto, à medida que o tempo passa e a cura não chega, a dor pode aumentar consideravelmente, até o sentimento de pavor. A segunda forma de sentir a dor relaciona-se a um grande e sofrido processo, de intensidade e impacto variáveis no cotidiano do sujeito: desde uma alteração no modo de execução de tarefas diárias específicas até a total interrupção de atividades significativas. O aumento da longevidade está particularmente associado a essa dor, visto que doenças que antes duravam curtos períodos de tempo, hoje perduram por décadas e trazem consigo a dor. Por último, a dor total representa o momento em que a existência do indivíduo relaciona-se inteiramente com sua dor. Assim, suas sensações e sentimentos estão voltados para um sofrimento que o devasta e geralmente marca a proximidade do homem com o seu fim.

Quando a certeza de alívio da dor está presente, o sujeito sente-se mais capaz e resistente para lidar com ela, ao passo que, quando o alívio não é certo, ocorre o inverso. Ainda que o indivíduo seja capaz de descrever e falar da intensidade de sua dor, sabe-se que não há como o outro senti-la em seu lugar, uma vez que é impossível penetrar a consciência dolorosa de outra pessoa. Por isso, pode-se afirmar que o ser humano nunca está tão sozinho como quando está aprisionado em sua dor (LE BRETON, 2013).

Entre pessoas de mesma classe social ou uma mesma religião, apesar de um padrão esperado no modo de se relacionar e perceber o mundo, existe a subjetividade do indivíduo. A mesma pessoa lida com a dor de modo distinto ao longo da vida, dependendo do significado que o evento doloroso tem para ela no momento que é perturbada pela dor e de seu humor, por exemplo. Os ganhos secundários, como atenção dos familiares e compensação financeira, também têm influência na autopercepção da dor. Além disso, há o envolvimento em atividades, sendo que quando se interrompe uma atividade e só se pensa na dor, essa

aumenta, já quando o indivíduo mantém-se envolvido em uma tarefa e se distrai, ela diminui (LE BRETON, 2013).

Todavia, existem ações dos profissionais de saúde e de pessoas próximas ao indivíduo que podem auxiliar no apaziguamento da dor, tais como: acolhimento, escuta, empatia e tratamento. Ao pertencer a uma cultura que valoriza e compreende sua dor, essa é amenizada e o sujeito consegue manter um melhor controle da situação. De modo oposto, o abandono e a solidão podem aumentar o sofrimento e a sensação dolorosa. Isso possibilita pensar que não há uma objetividade na dor, mas sim uma subjetividade, que se refere à inteira existência do ser humano, principalmente a sua história de vida, a cultura e a sociedade em que vive (LE BRETON, 2013).

A dor, na visão antropológica, transcende o conceito biológico. É possível compreender que dependendo do meio em que se vive, das pessoas com as quais se relaciona e da sua história de vida, o indivíduo vivenciará a dor de modo distinto no decorrer de sua vida. Assim, não há uma exatidão na dor e a pessoa deve ser acolhida para além de suas queixas somáticas.

#### **1.4 A dor e a incapacidade funcional**

A presença de dor ameaça a manutenção da independência dos indivíduos, levando a uma sensação de piora da qualidade de vida do idoso. Devido à dor, o idoso pode restringir sua participação em atividades significativas e, com isso, seu cotidiano fica restrito, podendo levar ao isolamento social e à depressão, e resultar em um processo de incapacidade (CELICH; GALON, 2009).

A incapacidade funcional pode ser considerada como a consequência da interação entre os fatores ambientais, sociais e psicológicos e não somente o efeito de uma determinada condição de saúde (SAMPAIO; LUZ, 2009). De acordo com a

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a incapacidade engloba deficiências, restrições na participação ou limitações de atividades (OMS, 2003).

A incapacidade funcional é influenciada direta e positivamente pela idade, doenças crônicas e pior autoavaliação de saúde, segundo o estudo de Giacomini *et al.* (2008). Os autores afirmam que 16% dos idosos investigados apresentavam algum grau de incapacidade para desempenhar as atividades de vida diária e a prevalência de incapacidade para realizar essas atividades foi mais elevada entre as mulheres e à medida que a idade aumentou. Além disso, foi observado que os idosos dependentes experienciaram a incapacidade com menos suporte dos amigos.

Por fim, a incapacidade funcional pode ser entendida também a partir das pessoas envolvidas e no contexto em que vivem, sendo mensurada por meio do relato do próprio idoso e pela necessidade de auxílio para realizar as atividades de vida diárias. Essas se dividem em três grupos: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) (DIAS *et al.*, 2015). As primeiras envolvem tarefas do dia-a-dia que estão ligadas ao cuidado com o próprio corpo e à sobrevivência, como tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se, vestir roupa e controlar os esfíncteres (DIAS *et al.*, 2015; AOTA, 2014). As segundas estão relacionadas à conservação da vida na comunidade, por exemplo, gerenciar o próprio dinheiro, fazer compras, preparar refeições, gerenciar o lar e deslocar-se na comunidade (DIAS *et al.*, 2015; AOTA, 2014). Já as últimas relacionam-se a níveis de funcionalidade mais elevados e demandam níveis mais sofisticados de aprendizado, sendo influenciados por habilidades cognitivas, físicas, sensoriais e psicossociais mais complexas que as demais. São exemplos de AAVD: praticar atividade física, viajar, participar de grupos religiosos ou sociais, trabalhar e exercer voluntariado (DIAS *et al.*, 2011).

As doenças crônico-degenerativas, comuns na população idosa, estão particularmente associadas à dor e ao processo de incapacidade funcional, podendo reduzir o potencial das pessoas de vivenciar o lado bom da vida, principalmente em

idosos muito idosos. Desse modo, a dor pode acelerar um processo de incapacidade funcional, gerando, assim, isolamento social, perda de motivação e do prazer em realizar atividades significativas, o que corrobora para aumentar ainda mais a sensação de dor.

### **1.5 Justificativa**

A dor é uma questão existencial complexa e, em idosos, está associada à perda funcional, à pior qualidade de vida auto relatada, à dificuldade para mobilidade, e ao maior número de quedas (HICKS *et al.*, 2008). Frente a este quadro, é necessário direcionar o olhar para essa condição de saúde em idosos muito idosos, visto que, trata-se da população que mais cresce dentre o grupo de idosos na sociedade brasileira.

Desse modo, como a dor é subjetiva e uma mesma pessoa lida com ela de maneira diferente ao longo de sua vida, é importante dar voz ao idoso muito idoso que está sentindo dor e compreender o modo como ele percebe e lida com ela no seu cotidiano, especialmente durante a realização das atividades da vida diária. Esse conhecimento permitirá desvendar o significado conferido e as estratégias utilizadas no cotidiano para desempenhar as atividades de rotina.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a percepção de idosos muito idosos sobre a dor e sobre o modo de lidar com ela durante a realização das atividades da vida diária.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Discutir os significados da dor entre os idosos muito idosos;
  
- Compreender como a pessoa muito idosa, com dor, percebe o modo de realização das atividades diárias;
  
- Identificar as estratégias utilizadas durante a realização das atividades da vida diária, quando a pessoa muito idosa sente dor.



### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual é utilizado na investigação das percepções, das opiniões e das relações, produtos das interpretações que as pessoas fazem sobre a maneira como sentem, vivem, pensam. Tem como características a sistematização gradual de conhecimento até que se compreenda a lógica interna do universo pesquisado e empiria. Possibilita, desse modo, revelar processos sociais pouco explorados concernentes a grupos particulares, proporcionando a elaboração de novas abordagens, revisão e criação de conceitos novos e categorias durante a pesquisa. A pesquisa qualitativa consegue captar o significado e a intenção como intrínsecos às relações, aos sistemas sociais e às ações como construções significativas do ser humano (MINAYO, 2014). Além disso, tem como uma de suas características a busca do significado de elementos, como ideias, vivências e sentimentos, que ajudam a organizar e modelar a vida dos seres humanos. Esses significados também são partilhados culturalmente e, dessa maneira, organizam a sociedade em volta desses simbolismos e representações (TURATO, 2005).

Este estudo é ancorado no referencial antropológico, que revela que a saúde de uma população está relacionada ao modo de vida e ao meio social e cultural. Contribui, assim, para a compreensão da influência da cultura no modo como os sujeitos entendem a doença (OLIVEIRA, 2002). Nessa perspectiva, enquanto o saber biomédico associa a dor do corpo aos componentes neurofisiológicos e, apesar de admitir que haja influências psicológicas e emocionais, essas são consideradas à parte do corpo. Ou seja, o “corpo biológico” existe independentemente e os elementos culturais e psicológicos se agregam a ele. Já no ponto de vista antropológico, não existe uma ordem natural que precede ao mundo social e cultural. Entende-se que o corpo está intrinsecamente registrado em um sistema simbólico (SARTI, 2010).

#### **3.1 Participantes**

A amostra foi composta por idosos, de ambos os sexos, que participaram do estudo *Back Complaints in the Elderly (BACE)*. Esse é um consórcio internacional de estudos de coorte sobre as queixas de dores lombares em idosos, envolvendo pesquisadores da Austrália, Holanda e Brasil. O objetivo do estudo é obter um maior entendimento do curso clínico e dos fatores desencadeantes de incapacidade em idosos que se apresentaram aos atendimentos primários com dor lombar, bem como disseminar e apoiar outros grupos de investigação internacionais para usar o protocolo e as medidas padronizadas desenvolvidas no projeto, permitindo, dessa maneira, cruzar comparações culturais e contribuir para uma melhor compreensão da carga global da dor lombar em idosos. O projeto BACE-Brasil é um estudo epidemiológico observacional longitudinal com um acompanhamento de dois anos de idosos com dor lombar, cuja coleta de dados iniciou-se em 2012 (SCHEELE *et al.*, 2011).

No Brasil, foram incluídos no estudo 600 idosos (65 anos ou mais), que foram encaminhados por profissionais de saúde pertencentes a rede pública de atenção primária à saúde (clínico geral e enfermeiros) e por profissionais da saúde que prestam os seus serviços no Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os pacientes encaminhados deviam apresentar um episódio novo de dor lombar sem ter comparecido a esses serviços com as mesmas queixas por, pelo menos, 06 meses anteriores. O *follow up* dos participantes foi realizado na sexta semana, 03, 06, 09, 12 e 24 meses após a inclusão no estudo por alunos de graduação e pós graduação de fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais previamente treinados e pesquisadores da mesma universidade (SCHEELE *et al.*, 2011).

Os critérios de inclusão no projeto BACE-Brasil foram: indivíduos com 65 anos ou mais sem distinção de raça ou gênero, que concordaram em participar do estudo e que apresentaram um novo episódio de dor lombar. Já os critérios de exclusão foram: pacientes que apresentaram patologias graves (processos infecciosos, tumores malignos, síndrome da cauda equina, hérnias de disco agudizadas), com alterações cognitivas (BERTOLUCCI In: ALMEIDA; NITRINI, 1995) com deficiência

visual e auditiva graves, e/ou com deficiência motora grave que impedia a realização dos testes de mobilidade (SCHEELE *et al.*, 2011).

No presente estudo, os 75 idosos muito idosos, ou seja, aqueles com 80 anos ou mais (CAMARANO, 2014), que constituem o banco de dados do Estudo BACE-Brasil foram contatados por telefone, ao longo das entrevistas, e consultados sobre a disponibilidade e interesse em participar do estudo. Foram entrevistados os idosos remanescentes do projeto, sem alterações cognitivas, que relataram sentir dor e que concordaram em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: óbito, recusa ou não localizado após 03 ligações por telefone. Ressalta-se que dos 75 idosos, 62 eram do sexo feminino e 13 masculino. Durante o contato por telefone, 18 recusaram participar, 07 não foram localizados após 03 contatos por telefone e 05 haviam falecido.

A amostra foi de conveniência, constituída por 32 idosos muito idosos e o número de participantes foi definido durante a realização das entrevistas, pelo critério de saturação, ou seja, a partir do momento em que novas informações não foram mais verificadas pelas pesquisadoras e quando os elementos dados por novos entrevistados pouco acrescentaram ao que já se havia obtido nas entrevistas anteriores, não tendo grande contribuição para a reflexão e a análise teórica dos dados coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### **3.2 Coleta de Dados**

Foi elaborada uma entrevista com perguntas abertas sobre a caracterização da dor, os sentimentos e significados associados à palavra dor, a rotina do idoso englobando as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária que desempenha ou não, e sua reação e modo de lidar com a dor, bem como informações sobre os dados sociodemográficos dos participantes (Apêndice). Realizaram-se três entrevistas-piloto entre os dias 28 a 31 de março de 2016 com idosos muito idosos da comunidade para verificar a adequação das perguntas e da

linguagem. Em seguida, iniciou-se a coleta de dados entre os dias 06 de abril a 30 de junho de 2016. As entrevistas foram individuais, com tempo de duração em torno de uma hora, e aconteceram na residência dos participantes ou em outros locais de preferência dos mesmos, como academias e centros de reabilitação. Todas foram gravadas, em seguida, transcritas e analisadas. Após as transcrições, elas foram encaminhadas aos entrevistados para autorização final. Cabe ressaltar que os nomes dos idosos foram substituídos por números para preservar a privacidade dos mesmos.

### **3.2.1 Entrevista**

A entrevista é uma estratégia comum de coleta de dados e caracteriza-se por ser uma conversa face a face com duas ou mais pessoas realizada por decisão do entrevistador que visa construir informações relacionadas ao tema de pesquisa. Trata-se de um instrumento privilegiado de coletas de dados, uma vez que a fala pode tornar visível sistemas de símbolos, valores e normas e condições estruturais, tornando, assim, públicas as representações de determinados grupos dentro de um contexto socioeconômico, cultural e histórico específicos (MINAYO, 2014).

As entrevistas podem ser classificadas em diferentes tipos: sondagem de opinião, aberta, focalizada, projetiva ou semi-estruturada (MINAYO, 2014). Esta última, selecionada para a coleta de dados deste trabalho, utiliza um roteiro, de modo a facilitar a abordagem do(s) tema(s) que se pretende investigar junto ao entrevistado. Ela se assemelha à entrevista em profundidade no que diz respeito ao fato de que a ordem dos assuntos não obedece a uma sequência rígida, sendo determinada pelas próprias preocupações e relevâncias que o entrevistado confere ao tema (MINAYO, 2014).

### **3.3 Análise dos dados**

A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), é um “conjunto de técnicas de análise de comunicações” (p. 37). Dentro desse conjunto, há a análise de conteúdo temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência tenham significado para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2014).

A análise de conteúdo organiza-se em três diferentes fases. A primeira é a fase da organização propriamente dita, ou seja, a pré-análise, quando acontece uma leitura flutuante dos dados coletados, com as primeiras impressões e reflexões. Consiste na organização do material, operacionalização e sistematização. A segunda é fase da análise exploratória, etapa longa e exaustiva que consiste em estabelecer codificações e classificações para estabelecer núcleos de sentido que compõem a comunicação. A terceira é a do tratamento dos resultados e a interpretação dos dados obtidos relacionando-os com a fundamentação teórica (BARDIN, 2011).

### **3.4 Consentimento Ético**

O projeto BACE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 0100.0.203.000-11). Para realização da pesquisa qualitativa, foi encaminhado e aprovado pelo comitê um termo aditivo (CAAE – 53504216.6.0000.5149). Os participantes foram orientados quanto ao objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados na linha de base (Anexos A e B).

#### **4 ARTIGO**

**Título: Percepção de idosos muito idosos sobre a dor na realização das atividades diárias**

**Running Title: Perception of the oldest old people about pain in performing daily activities**

**Autoras: Bárbara Pires de Andrade Lage Cabral<sup>1</sup>, Marcella Guimarães Assis<sup>2</sup>**

**Afiliação:**

1. Terapeuta Ocupacional, mestranda em Ciência da Reabilitação do Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
2. Departamento de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

**Autor para correspondência:**

Marcella Guimarães Assis

Endereço: Universidade Federal de Minas Gerais- Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional- Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha

Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

E-mail: [mga@ufmg.br](mailto:mga@ufmg.br)

Telefone: (31) 3409-4790

## RESUMO

Estudo qualitativo que buscou compreender o modo que o idoso muito idoso percebe e lida com a dor na realização das atividades da vida diária. Foram entrevistados 32 idosos com 80 anos e mais e, por meio da análise de conteúdo, emergiram as categorias: “A vivência constante da dor”, “A compreensão da dor” e “A realização das atividades no cotidiano da dor”. Os idosos relatam sentir dor constante e a relacionaram ao envelhecimento e à incapacidade. Quanto às atividades, os entrevistados eram independentes nas básicas e realizavam as instrumentais de modo intermitente.

**Palavras-chave:** idoso muito idoso, dor, atividades de vida diária, envelhecimento, estudo qualitativo, antropologia, gerontologia.

## ABSTRACT

A qualitative study that aimed to understand the way oldest old people perceive and deal with pain in the accomplishment of daily life activities. Thirty-two elderly people with 80 years old and more were interviewed and, through the content analysis, three categories emerged: "The constant experience of pain", "Understanding the pain" and "Accomplishing activities in the daily life with pain". The elderly feel constant pain and related it to aging and disability. As for the activities, they were independent for the basics and performed the instrumental intermittently.

**Key words:** oldest old, pain, activities of daily living, aging, qualitative research, anthropology, gerontology.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e acontece de modo heterogêneo nos diversos países, sendo que, no Brasil, ocorre em ritmo acelerado<sup>1</sup>. Entre a população idosa, o grupo que mais cresce é o de pessoas com 80 anos ou mais, os chamados “idosos muito idosos”, como resultado da queda da taxa de mortalidade nas idades avançadas<sup>2</sup>. Com o aumento da expectativa de vida, há também o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, que perduram por um longo período de tempo<sup>3</sup> e podem contribuir para o aparecimento de queixas dolorosas.

A dor, na abordagem antropológica, é um feito existencial e não puramente biológico, pois o indivíduo sofre em sua totalidade e não somente seu corpo físico. Cada ser humano reage de uma maneira diante de um mesmo estímulo doloroso e essa reação é influenciada pela cultura, pelos valores do sujeito e por sua relação com o que o cerca. Ao pertencer a uma cultura que valoriza e compreende sua dor, essa é amenizada e o sujeito consegue manter um melhor controle da situação. De modo oposto, o abandono e a solidão podem aumentar a sensação dolorosa. Uma mesma pessoa lida com a dor de modo distinto ao longo da vida e, sem a dimensão do significado, é impossível compreender plenamente a intensidade algica ou qualquer alteração orgânica que tenha causado a dor<sup>4</sup>.

Ao sofrer com a dor, o indivíduo questiona sua maneira de pertencer ao mundo e sua capacidade de iniciativa<sup>5</sup>. A dor torna-se um obstáculo às atividades cotidianas uma vez que acarreta perda de confiança e de liberdade para agir no mundo<sup>6</sup>. Ela rompe com o fluxo da vida cotidiana e transforma as relações, oprime o indivíduo e não somente seu corpo. Sendo assim, ela afeta todas as atividades do sujeito, até mesmo as preferidas, entremeia gestos, atravessa os pensamentos, ou seja, contamina toda a relação do ser com o mundo. Ao sentir dor, o homem padece por completo, deixando de ser ele mesmo<sup>4</sup>.



A dor pode levar a um processo de incapacidade funcional e ao isolamento social, além de comprometer a qualidade de vida do idoso<sup>7</sup>. A incapacidade funcional pode ser mensurada pela necessidade de auxílio para realizar as atividades de vida diárias. Essas se dividem em três grupos: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)<sup>8</sup>. As primeiras envolvem tarefas do dia-a-dia ligadas ao cuidado com o próprio corpo e à sobrevivência, como tomar banho, alimentar-se e vestir-se. As segundas estão relacionadas à conservação da vida na comunidade, por exemplo, gerenciar o próprio dinheiro, fazer compras e arrumar a casa<sup>8-9</sup>. Já as últimas estão relacionadas a níveis de funcionalidade mais elevados e demandam níveis mais sofisticados de aprendizado, sendo influenciadas por habilidades cognitivas, físicas, sensoriais e psicossociais mais complexas que as demais. São exemplos de AAVD: praticar atividade física, viajar e participar de grupos religiosos ou sociais<sup>10</sup>.

Assim, considerando que uma mesma pessoa lida com a dor de modo distinto ao longo da vida e que a dor pode tornar-se um obstáculo às atividades cotidianas é necessário direcionar o olhar para os idosos muito idosos que são o seguimento etário que mais cresce na população brasileira. E ao dar voz ao idoso, objetiva-se compreender o modo como ele percebe e lida com a dor no seu cotidiano, especialmente durante a realização das atividades da vida diária.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo qualitativo baseado no referencial antropológico. Os participantes foram idosos muito idosos, de ambos os sexos, que integraram o estudo longitudinal, multicêntrico, internacional *Back Complaints in the Elderly (BACE)*<sup>11</sup>. No banco de dados do Estudo BACE-Brasil, 75 idosos, sendo 62 mulheres e 13 homens, tinham 80 anos ou mais, e foram contatados por telefone e consultados sobre a disponibilidade e interesse em participar do estudo. Foram entrevistados os idosos sem alterações cognitivas, que relataram sentir dor e que concordaram em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: óbito,

recusa ou não localizado após 03 ligações por telefone. Ressalta-se que 18 recusaram participar, 07 não foram localizados e 05 haviam falecido.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada que englobou perguntas sobre a rotina do idoso, como quais as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária desempenha ou não; e sua reação e modo de lidar com a dor. As entrevistas aconteceram na residência dos participantes ou outros locais de preferência deles tendo sido gravadas e, em seguida, transcritas e analisadas. Após as transcrições, elas foram encaminhadas aos entrevistados para autorização final. Para garantir o anonimato dos entrevistados, esses foram identificados pelo número da entrevista, idade e estado civil. A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo temática, que tem como objetivo alcançar uma descrição concisa e ampla do elemento investigado e o resultado da análise são categorias que descrevem o fenômeno<sup>12</sup>.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade de Minas Gerais e seguiu todos os preceitos éticos envolvendo investigação com seres humanos: CAAE – 53504216.6.0000.5149.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 30 mulheres e 02 homens, com idades entre 80 e 91 anos. A pouca participação dos homens pode ser justificada por estarem em menor número, além da grande quantidade de recusa e falecimentos quando comparados às mulheres. Entre os entrevistados predominaram os viúvos, com 04 anos ou menos de escolaridade, de religião católica, que moravam com algum parente próximo, como filhos, marido e/ou netos. Todos declararam sentir dor crônica em diferentes partes do corpo, tais como braços, pernas, quadril e pés, durante a execução das atividades diárias.

Após a leitura exaustiva e análise criteriosa das entrevistas a respeito da dor no cotidiano dos idosos muito idosos, emergiram as categorias: “A vivência constante da dor”, “A compreensão da dor” e “A realização das atividades no cotidiano da dor”.

### **A vivência constante da dor**

Esta categoria apresenta a dor como uma vivência constante, que aparece a qualquer momento, especialmente ao iniciar alguma atividade diária: *“É dor diariamente, [...] é dia e noite, dói parecendo assim que... que tem uma mão apertando a perna”* (E16, 81 anos, viúva), *“Vem não, é constantemente. [...] se eu levantar aqui agora e andar eu sinto dor, é direto, não tem hora pra doer não,”* (E28, 80 anos, viúva); *“Se eu ficar deitada, ela num dói. Mas se eu começar a andar e trabalhar, aí dói”* (E07, 85 anos, viúva).

Os idosos afirmaram que já se acostumaram a sentir a dor permanentemente: *“Ah, eu não ligo, que eu já acostumei. Quanto tempo que eu estou com isso? Faz uns 10 anos... Você acostuma com o que é ruim, com o que é bom, tem que fazer as coisas [...] não adianta”* (E31, 80 anos, viúva).

### **A compreensão da dor**

Alguns entrevistados relacionaram a dor ao envelhecimento, como algo inerente e que não é possível modificar: *“Dá aquelas pontadinhas [...] no ombro, no quadril [...] mas faz parte da idade também. Você vê: 83 anos [...] De agora pra frente, como o doutor falou pra mim, muitas coisas a gente tem que conviver com elas.”* (E10, 83 anos, solteira); *“Eu não incomodo de sentir essas dores! A idade já tá avançada né?”* (E18, 81 anos, casado); *“Ah... a gente já pensa assim: ‘isso é da idade, ne’ [...] quando a gente é mais nova a gente sempre faz... muita extravagância, ne... a gente carrega muito peso... eu carregava saco de mantimento na cabeça, quando eu era mais nova!”* (E09, 86 anos, viúva).

Para uma idosa, a dor é um processo incapacitante: “[...] dói tudo: um pouco no quadril quando eu estou lavando vasilha e... no braço esquerdo e no joelho direito... [...] a hora que vem a dor... Aí! Você se considera inútil, incapaz de fazer tudo naquela hora... [...] parece que a dor tomou conta de você, do seu corpo, de tudo! [...] Essa dor não deixa você trabalhar, não deixa dormir... Não deixa nem passear [...] porque você não tem gosto pra nada, num tem alívio, ne! E você fica achando que vai ficar daquele jeito, que vai ficar sem andar, vai ficar sem poder lidar com os braços, com as mãos, ne...” (E04, 85 anos, solteira).

Uma entrevistada compreende a dor como algo que transcende, além do corpo físico: “A dor assim de sentimento, dói mais que... dor assim por algo que acontece, caso de família, alguma coisa assim que tá dando meio errado, tá entendendo? [...] Acho que dói mais do que a própria dor, o reumatismo ou sei lá o quê. [...] Ela é aquela dor que assim [...] eu fui à médica, porque eu estava sentindo uma dor, sabe aquela dor no peito, aquela dor que você respirava, aquela respiração funda? Aquela tristeza, vontade só de chorar, eu deitava assim, me dava aquela vontade de chorar, eu não podia nem conversar com os outros. As pessoas perguntavam porque eu estava sumida...” (E32, 80 anos, viúva). Já outra, relaciona a dor à solidão, uma vez que é impossível transmitir ao outro o exato significado da dor em sua vida: “Eu não sei como falar, porque dor mesmo, só a gente que sabe como que dói. O tanto que dói! [...] Num dá pra explicar, porque é só a gente mesmo que sabe como que dói” (E20, 80 anos, casada).

### **A realização das atividades no cotidiano da dor**

Os idosos entrevistados eram independentes para realização das atividades básicas de vida diária e continuavam executando-as mesmo na presença de dor constante: “Num deixo de fazer minhas coisas não, eu faço” (E17, 84 anos, viúva). Outros idosos informaram a interrupção temporária de algumas atividades: “[...] Às vezes,

*eu paro um pouco, igual te falei... [...] estou sentindo os dedos da mão, assim, doloridos [...] mas já passa, eu já volto”* (E20, 80 anos, casada).

Uma entrevistada relatou dificuldade para realizar as atividades: *“Fica aquela dor... constante [...] então... [...] meio difícil da gente fazer [as atividades diárias]... tem hora que [...] a perna fica pesada e... e dói nas articulações [...] até andando dá a dor quando estou pior...”* (E09, 86 anos, viúva). Outra, como sente dor há vários anos, se acostumou e sabe quais tarefas aumentam ou não a dor: *“Eu já estou com meus 86 anos, fazendo de tudo dentro de casa, quando a dorzinha ameaça, tomo um comprimidinho e vou levando a vida. [...] Como já acostumei, eu já sei o que posso fazer ou não”* (E23, 86 anos, casada).

No que concerne às atividades instrumentais de vida diária, os idosos relataram fazer de modo intermitente ao longo do dia, intercalando períodos de trabalho com momentos de descanso: *“Se eu ficar muito tempo em pé cozinhando, dói. Eu fico que num aguento de dor no quadril. [...] Aí se eu fico muito tempo em pé, eu venho, sento aqui [sofá] um pouco e melhora. Quando eu levanto, eu num tenho nada”* (E15, 81 anos, solteira); *“A gente para, né. Aí faz, depois pára. Vai parando devagar, aí como diz, trabalha, para, trabalha, para”* (E18, 81 anos, casado); *“Agora, quando eu estou varrendo o terreiro e o quadril, se doer, eu largo a vassoura, deito lá no sofá um pouquinho... um pouquinho só assim e aí levanto!”* (E02, 87 anos, viúva).

Outros precisaram parar de executar as atividades, pois a dor é tamanha que os impede de fazê-las *“Já deixei de fazer muita coisa, muitas vezes já deixei de fazer por causa de dor [...] Eu não faço coisa de casa mais”* (E28, 80 anos, viúva); *“[Parei de] varrer casa, varrer terreiro... até roupa mesmo!”* (E20, 80 anos, casada).

Frente à impossibilidade de executar as atividades diárias os entrevistados recorrem aos familiares e amigos para auxiliá-los: *“Tem uma filha que mora aqui pertinho de mim, não me deixa, vem pra cá faz tudo pra mim”* (E23, 80 anos, viúva); *“Posso contar com a G. [...] minha amiga.[...] Ela leva a caixa de leite pra mim pra eu não*

*pegar peso. [...] Compra tudo que é pesado, ela compra e põe dentro do carro, traz tudo pra mim” (E01, 91 anos, solteira). Por outro lado, as pessoas que não têm ajuda, realizam as atividades mesmo com dor: “Faço. Eu não tenho ninguém pra fazer pra mim [risos] [...] tá doendo eu tomo um analgésico qualquer [...] e faço. [...] Vou fazendo, mas eu faço tudo, nada me impede não” (E10, 83 anos, solteira); “O serviço todo sou eu. Lavar, fazer comida, ne... [...] Meu filho me ajuda pra levar pra um médico, ne... meus netos vem também, ne... na emergência! Mas, enquanto está assim, normal, no dia-a-dia... sou eu só mesmo...” (E08, 83 anos, casada).*

O envolvimento em atividades avançadas de vida diária, como viajar, fazer atividades manuais e frequentar igreja é considerado como um modo de aliviar a dor e de se manter com sensação de bem estar: “Você sabe que quando eu vou pro Espírito Santo, eu passo uns dias assim... sabe? Bem bom. Por incrível que pareça, não sinto dor!” (E13, 86 anos, viúva); “Ah, o crochê também! Porque entretém ali! Até esquece! Contando... contando ali... até esquece mesmo [da dor]!” (E08, 83 anos, casada); “Oh, cê chega na igreja... às vezes você chega lá sentindo tanta dor, tão mal. Ali, você fica ali na igreja orando, pedindo a Deus. Vem um, fala uma palavra, vem outro, fala outra, e, muitas das vezes, uma palavra tão confortante. Lê uma parte... que você começa a ler ali e meditar... parece que você vem bem [pra casa]” (E06, 87 anos, viúva).

## **DISCUSSÃO**

A dor é tão complexa que os idosos demonstraram dificuldade para nomeá-la e descrevê-la e, mesmo sendo participantes de pesquisa sobre dor lombar, os relatos apresentaram diversos tipos, localizações e maneiras de sentir a dor.

Os idosos entrevistados apontaram que sentem dor constantemente e, muitos, já se acostumaram a conviver com ela. A dor diz de uma forma nova de sentir, perceber, pensar, agir e experimentar a vida, especialmente, quando é persistente, já que altera completamente o modo como o sujeito está no mundo. As funções diárias não

são executadas da mesma maneira que de costume e o indivíduo passa a prestar atenção constante no seu corpo e em sua dor<sup>13</sup>. Alguns entrevistados deste estudo afirmaram que já aprenderam a lidar com a dor e, dessa maneira, continuam realizando as atividades de seu cotidiano mesmo com a dor persistente.

Em um estudo antropológico sobre as estratégias utilizadas para resolver problemas de saúde com idosos de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, Brasil<sup>14</sup>, os participantes relacionaram o processo de envelhecimento com diversos níveis de problemas de saúde, como o aparecimento de doenças crônicas, o aumento da necessidade de procurar os serviços de saúde e o constante uso de medicamentos. Nesta pesquisa, os entrevistados também consideraram a dor como inerente ao envelhecimento. A cultura, segundo Santos *et al.*<sup>15</sup>, é um texto passível de interpretação e, dessa forma, é possível entender que os idosos estabelecem psicossocialmente a experiência única que é ficar doente e envelhecer, produzindo, assim, sua própria vivência da dor, a começar das informações presenciadas em sua cultura local.

Para os entrevistados, a dor na velhice pode levar a sensação de incapacidade, inutilidade, perda de vontade de fazer as atividades significativas e tristeza. Os relatos dos idosos também apontaram uma dificuldade em nomear e descrever a dor, confirmando a sua complexidade. Segundo Caroselli<sup>16</sup>, independentemente do contexto, o que sobressai quando se é questionado sobre o significado de dor, é a incapacidade de definir exatamente o que ela é, qualquer discurso sobre dor parece ser inadequado para expressar o significado profundo da condição do sujeito que sente e convive com a dor no decorrer de sua vida. Por estar além do físico e estar tão imbricada no sujeito, pode levar às sensações de solidão, tanto que, muitas vezes, faltam palavras para expressá-la, como foi observado nos relatos de algumas entrevistadas.

Os participantes deste estudo eram independentes nas atividades diárias apesar de viverem com dor. A manutenção da independência, por um lado os auxiliava a lidar com a dor, e por outro os mantinha motivados. O estudo de Larsson, Haglund e

Hagberg<sup>17</sup>, com idosos independentes com 85 anos ou mais, apontou que continuar fazendo atividades da rotina ajuda a não pensar nas dores. Ahlstrand *et al.*<sup>18</sup> pesquisaram sobre as experiências de dor e sua relação com as atividades diárias de pessoas com artrite reumatoide e apresentaram que a participação em atividades foi considerada um mediador para a dor, uma vez que ajuda a distrair dessa.

Quando a dor é intensa, a participação nas atividades diárias pode ficar restrita e, em alguns momentos, é preciso pedir ajuda a familiares ou pessoas próximas. Ahlstrand *et al.*<sup>18</sup> relatam que os indivíduos pesquisados se sentem frustrados por não conseguirem mais fazer o que querem ou o que precisam, o que diminui as oportunidades para serem independentes em atividades do cotidiano que envolvem família e amigos, bem como a participação em eventos sociais. Além disso, os participantes encontraram dificuldades para desempenhar atividades quando sentiam dor e, por isso, precisavam interromper algumas, como jardinagem e limpeza da casa. No estudo de Uchoa *et al.*<sup>14</sup>, para a maioria das entrevistadas, a família, em especial filhos e filhas, é a principal fonte de suporte, o que também acontece em alguns casos com os indivíduos pesquisados, especialmente quando a dor é tamanha que os incapacita, ainda que temporariamente. Nos momentos de adoecimento, a família desempenha um papel fundamental, uma vez que os filhos, culturalmente, cuidam de seus pais, supervisionam tratamentos, tomam as decisões relevantes, acompanham nas consultas médicas e ajudam no pagamento das contas. Na ausência de filhos e/ou filhas, parentes mais distantes, vizinhos, amigos ou mesmo conhecidos podem desempenhar um papel preponderante<sup>14</sup>. Com os participantes desta pesquisa, também observou-se que as responsabilidades foram delegadas aos familiares mais próximos, como filhos, marido ou sobrinhos, os chamados cuidadores familiares, e, somente na ausência desses, amigos foram solicitados.

Na sociedade ocidental moderna, o lar é uma das principais arenas onde os valores e práticas culturais são desenvolvidos, expressados e agidos<sup>19</sup>. Isto é particularmente verdadeiro para as pessoas idosas que vivem com limitações funcionais em seus domicílios, que passam a maior parte do tempo dentro ou perto



da casa<sup>19</sup>, daí a importância de manterem-se ativos nas atividades domésticas, como varrer, cozinhar, fazer pequenos reparos e cuidar das plantas, como relatado pelos entrevistados desta pesquisa. De acordo com Ferreira *et al.*<sup>20</sup>, os idosos relacionam o envelhecimento sendo positivo quando se é ativo, e ser ativo, para eles, não significa somente a prática de exercício físico, mas inclui também as atividades de lazer e as tarefas domésticas. Além disso, o envelhecimento ativo está atrelado à manutenção da capacidade de desempenhar as atividades cotidianas. No estudo de Larsson, Haglund e Hagberg<sup>17</sup>, devido aos hábitos já adquiridos ao longo da vida ou ao adoecimento e, assim, redução do nível de energia, alguns idosos dividem as tarefas ao longo do dia e da semana. Essa prática também estava presente na fala dos participantes deste estudo, que, por causa da dor, realizam as atividades diárias do modo que conseguem e em um ritmo que não agrave as queixas dolorosas.

Os idosos desta pesquisa afirmaram que manter contato com pessoas queridas e se envolver em atividades de lazer e religiosas faz com que se esqueçam da dor. O estudo de Baetz e Bowen<sup>21</sup>, sobre a associação de religião e espiritualidade com indivíduos com dor e fadiga, indicou que ser religioso ou espiritualizado está associado a um enfrentamento positivo da dor e da fadiga em relação aos que não são religiosos. Outro achado é que aqueles com dor e fadiga relataram ter mais depressão. Uma explicação possível para isso, segundo os autores, é que a participação em cultos religiosos pode ser de algum modo protetor para a dor e a fadiga. Tanto no grupo religioso quanto no espiritual, os participantes apresentaram mais tendência em usar mecanismos de enfrentamento positivos, tais como olhar o lado positivo, conversar com outras pessoas e fazer algo prazeroso, em relação ao grupo não religioso e não espiritual. Segundo Wachholtz, Pearce e Koenig<sup>22</sup>, a espiritualidade pode interferir positiva ou negativamente na resposta à dor dependendo do valor conferido à prática espiritual. Quando positiva, a espiritualidade pode reduzir a dor diminuindo o estresse, oferecendo sensações de paz e calma, reduzindo a ansiedade, melhorando o humor, distraindo a pessoa e proporcionando apoio e modos de interação social. O bom humor também apareceu como fator que reduz a sensibilidade à dor e aumenta a capacidade de suportar as situações negativas. De acordo com Wang e Feinstein<sup>23</sup>, quando a dor persiste, uma

forma de tentar lidar melhor é mudar a relação do indivíduo com a dor ou a sua percepção da mesma. Pertencer a um meio que compreende a sua condição de saúde pode ajudar a proporcionar ou não alívio da dor. Enquanto alguns interrompem as atividades que consideram importantes e desenvolvem sintomas depressivos, outros encontram na participação em tarefas significativas e na convivência com familiares e amigos, uma maneira de sentir alívio da dor, ainda que por algum tempo. Neste estudo, um modo encontrado pelos entrevistados de se relacionar melhor com a dor é manter-se engajado nas atividades diárias.

Como limitação deste estudo, pode-se citar a pouca participação de indivíduos do sexo masculino. Entretanto, foi realizado contato com os homens, que, em sua maioria, recusaram participar ou já haviam falecido.

## **CONCLUSÃO**

A dor é vista na cultura ocidental como algo indesejável e que pode afastar os indivíduos das atividades de seu cotidiano. Todavia, neste estudo, foi possível observar que, à medida que os anos passam e a dor não desaparece, os idosos muito idosos aprendem a conviver com essa e, o fato de continuarem realizando atividades significativas alivia a dor. Espera-se que, com este estudo, os profissionais de saúde compreendam a complexidade da dor e que a abordagem seja para além da queixa física, englobando seus aspectos culturais, psicológicos, sociais e espirituais, bem como que o envolvimento em atividades significativas sejam considerado como parte importante e necessária do tratamento desses indivíduos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Camarano AA. Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas. Brasília: IPEA. Discussion paper [serial online]; 2015. Available from: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/ingles/dp\\_113.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/ingles/dp_113.pdf).

2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing. New York: United Nations; 2015. Available from: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf). Accessed December 26, 2016.
3. World Health Organization; US National Institute of Aging. Global health and aging. Bethesda: National Institutes of Health; 2011. Available from: <https://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface>. Accessed September 28, 2016.
4. Le Breton D. Pain and meaning: various nuances of suffering. *Doulers*. 2010; 11: 177-181.
5. Pierron JP. Pain, suffering, and illness. *Médecine palliative*. 2009; 8: 39-44.
6. Pedrini M, Célis R. An experience of unresponsive chronic pain: The ethical issues involved. *Éthique et Santé*. 2010; 7: 191-198.
7. Simsek IE, Simsek TT, Yumin ET, Sertel M, Ozturk A, Yumin M. The effects of pain on health-related quality of life and satisfaction with life in older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2010; 26(4): 361–367.
8. Dias EG, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JL, Lebrão ML. Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly: the SABE Study. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2015; 31(8): 1623-1635. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000801623&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801623&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125014>. Accessed September 25, 2016.
9. AOTA - American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl.1), S1–S48, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.
10. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2011; 22(1): 45-51. Disponível em: [http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2011\\_Eliane%20Golfieri\\_RTO.pdf](http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2011_Eliane%20Golfieri_RTO.pdf).
11. Scheele J, Luijsterburg PAJ, Ferreira ML, Maher CG, Pereira L, Peul WC, Tulder MW, Bohnen AM, Berger MY, Bierma-Zeinstra SMA, Koes BW. Back Complaints in the Elders (BACE): design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011; 12(193). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/193>.
12. Elo S, Kyngas. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(1): 107-115.

13. Bullington J. Embodiment and chronic pain: Implications for rehabilitation practice. *Health Care Analysis*. 2009; 17: 100–109.
14. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27 (Sup 3): S370-S377. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s3/07.pdf>.
15. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. 'Otherness' of pain in Collective Health practices: implications for healthcare for the aged. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(12): 3713-3721. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.19382014>.
16. Caroselli S. Pain in Aymara's patients of putre: therapeutics practices and politics of intercultural health. *Diálogo Andino* [Internet]. 2013; 42: 89-104. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-26812013000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812013000200008&lng=es&nrm=iso).
17. Larsson A, Haglund L, Hagberg JE. Doing everyday life - experiences of the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2009; 16: 99-109.
18. Ahlstrand I, Björk M, Thyberg I, Börsbo B, Falkmer T. Pain and daily activities in rheumatoid arthritis. *Disability & Rehabilitation*. 2012; 34(15): 1245–1253.
19. Johansson K. Have they done what they should? Moral reasoning in the context of translating older persons' everyday problems into eligible needs for home modification services. *Medical Anthropology Quarterly*. 2013; 27(3): 414–433.
20. Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010; 44(4):1065-9.
21. Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain Research and Management*. 2008;13(5):383-388.
22. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007; 30: 311–318.
23. Wang D, Feinstein A. Managing pain in older adults: The benefits of yoga postures, meditation and mindfulness. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2011; 27(2): 104–109.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população de idosos com 80 anos e mais, no Brasil, é evidente e esse fato ressalta a necessidade de pesquisas voltadas para a percepção desses idosos sobre sua saúde. Se, no passado, grande importância era dada aos aspectos biológicos de saúde/doença, atualmente, sabe-se da necessidade de ir além e compreender a saúde de um modo biopsicossocial.

A dor é uma das consequências das doenças crônico-degenerativas, comuns no envelhecimento, e pode levar à incapacidade funcional. A dor está além da concepção biológica, é um feito existencial, influenciada pela cultura e pela história de vida do indivíduo. Provoca uma alteração em todo funcionamento e modo de existir do ser humano. Ao sentir dor, a pessoa pode precisar de ajuda em atividades que antes executava sozinha e pode levar também ao isolamento social e ao abandono das atividades significativas.

Assim, é preciso ouvir e buscar compreender como funciona o universo em que vivem os idosos muito idosos, como chegaram onde estão e conhecer melhor sua história de vida considerando o meio sociocultural em que estão inseridos. Desse modo, será possível oferecer uma atenção de qualidade e abrangente ao idoso e às pessoas que o cercam. Posto isso, os achados deste estudo contribuem para a compreensão da dor pelos idosos muito idosos, possibilitando, assim, o desenvolvimento de condutas e ações melhor embasadas cientificamente pelos profissionais da saúde, além de direcionar novas pesquisas que englobem essa população.

Este estudo está em conformidade com a linha de pesquisa “Saúde e Reabilitação no Idoso” do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, uma vez que investigou a população de idosos que mais cresce no país e possibilitou compreender a percepção desses indivíduos sobre a dor no cotidiano e seus significados atribuídos. Como esses idosos passam grande parte do tempo em seus

lares, manter a sua participação nas atividades diárias é essencial para sua independência e a sensação de bem estar. Portanto, os profissionais de saúde devem se ater ao modo e à frequência com a qual os idosos, mesmo com dor constante, executam as atividades cotidianas. Por fim, novos estudos enfocando as estratégias utilizadas, pelas pessoas muito idosas com dores constantes, para a realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária devem ser desenvolvidos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n8/19.pdf>.

AOTA - American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). **American Journal of Occupational Therapy**. v.68, Suppl.1, S1-S48, 2014. Disponível em: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1860439>. Acesso em: 15 out. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Reto LA, tradutor. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BERTOLUCCI, P.H.F. Instrumentos Clínicos Para Avaliação Do Paciente Demenciado. In: ALMEIDA, O.P.; NITRINI, R. **Demência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p.82-93.

BOTTEGA, F.H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enfermagem**. v.19, n.2, p.283-90, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>.

CAMARANO, A.A. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. 658 p.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Textos para discussão, n. 1890).

CELICH, K.L.S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [Internet]. v.12, n.3, p.345-360, 2009. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232009000300004&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300004&lng=pt).

DIAS, E.G.; ANDRADE, F.B.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.8, p.1623-1635, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1623.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

DIAS, E.G.; DUARTE, Y.A.O.; ALMEIDA, M.H.M.; LEBRÃO, M.L. Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v.22, n.1, p.45-51, 2011. Disponível em: [http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2011\\_Eliane%20Golfieri\\_RTO.pdf](http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2011_Eliane%20Golfieri_RTO.pdf).

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.24, n.6, p.1260-1270, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n6/07.pdf>.

HICKS, G.E.; GAINES, J.M.; SHARDELL, M.; SIMONSICK, E.M. Associations of back and leg pain with health status and functional capacity of older adults: findings from the retirement community back pain study. **Arthritis & Rheumatism**. v.59, n.9, p.1306-1313, 2008. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.24006/pdf>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos. 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

\_\_\_\_\_. **Dinâmica demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998 – 2008**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

\_\_\_\_\_. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008**. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

\_\_\_\_\_. Estudos e Pesquisas. **Síntese de indicadores sociais 2002**. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 383 p.

\_\_\_\_\_. Estudos e Pesquisas. **Síntese de indicadores sociais 2015**. IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137 p.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Taxonomy. Atualização de 22 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>. Acesso em 19 de jan. 2017.

LE BRETON, D. **Antropologia da Dor**. POLETI, ID, tradutora. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013. 248 p.

LE BRETON D. Pain and meaning: various nuances of suffering. **Doulers**. v.11, p.177-181, 2010.

MARTINEZ, J.E.; GRASSI, D.C.; MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.51, n.4,



p.304-308, 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S048250042011000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042011000400002&lng=en). Acesso em 17 jan. 2017.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain. **Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994.

MERSKEY, H.; LINDBLOM, U.; MIMFORD, J.M.; NATHAN, P.W.; SUNDERLAND, S. Pain terms. A current list with definitions and notes on usage. In: **Classification of chronic pain**. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994. p. 207-214.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014. 407 p.

NAIME, F.F. **Manual de tratamento da dor: dor aguda e dor de origem oncológica: tratamento invasivo**. 2. ed. Barueri: Minha Editora, 2013.

NASRI F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. v.6, Supl1, S4-S6, 2008. Disponível em:  
[http://www.prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento\\_popu.pdf](http://www.prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf).

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.10, n.6, p.63-74, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v6n10/06.pdf>.

OMS, OPAS. **CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. 2003. 169 p.

PEDRINI, M.; CÉLIS, R. An experience of unresponsive chronic pain: The ethical issues involved. **Éthique et Santé**. v.7, p.191-198, 2010.

PIERRON, J.P. Pain, suffering, and illness. **Médecine palliative**. v.8, p. 39-44, 2009.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, n.3, p.475-483, 2009. Disponível em:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=en). Acesso em: 15 dez. 2016.

SAPETA, P. Dor total versus sofrimento: A interface com os Cuidados Paliativos. **Revista Dor**. v.1, p.17-21, 2007. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/profile/Paula\\_Sapeta/publication/311102009\\_Dor\\_Total\\_vs\\_Sofrimento\\_a\\_Interface\\_com\\_os\\_Cuidados\\_Paliativos/links/583da4e708aeda69680705c1.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paula_Sapeta/publication/311102009_Dor_Total_vs_Sofrimento_a_Interface_com_os_Cuidados_Paliativos/links/583da4e708aeda69680705c1.pdf). Acesso em: 18 jan. 2017.

SARTI, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.25, n.74, p.77-90, 2010. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SCHEELE, J.; LUIJSTERBURG, P.A.J.; FERREIRA, M.L.; MAHER, C.G.; PEREIRA, L.; PEUL, W.C.; TULDER, M.W.; BOHNEN, A.M.; BERGER, M.Y.; BIERMAZEINSTRAS, S.M.A.; KOES B.W. Back Complaints in the Elders (BACE): design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskeletal Disorders**. v.12, n.193, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/193>.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.3, p.507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>.

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. **World population ageing**. New York: United Nations; 2015. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf).

ZAHREDDINE D.; RIGOTTI J.I.R. **O Processo de Envelhecimento Populacional em Belo Horizonte**: análise e mapeamento dos anos de 1991 e 2000. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, ABEP, 2006, Caxambu.

## APÊNDICE

### Entrevista

#### PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS SOBRE DOR NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS

Mestranda: Bárbara Pires de Andrade Lage Cabral

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Marcella Guimarães Assis

---

### Entrevista

#### Dados Demográficos:

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Nº de filhos:

Telefone:

Bairro em que reside:

Com quem mora? Qual o parentesco?

1) No último mês o(a) Sr(a) sentiu dor?

a) Se sim, onde? Qual tipo de dor (características: padrão, origem e tempo de duração)?

b) Em quanto avalia essa sua dor em uma escala de 1 a 10?

c) O(a) Sr(a) fez algum tratamento para essa dor? (Procurou médico/fisioterapeuta, tomou remédio, fez exercício?)

d) Como o(a) senhor(a) descreveria a sua dor para alguém? Que sentimento você tem?

e) O que o(a) senhor(a) acha que causa a sua dor?

2) Quais outras palavras o(a) senhor(a) pensa (vêm a sua cabeça) quando falamos de dor?

- 3) Descreva (conte-me sobre) as atividades do seu dia-a-dia típico (da hora em que acorda até a hora de dormir, de segunda a sexta-feira).
  
- 4) E as atividades no final de semana?
  - a) O(a) senhor(a) faz alguma atividade para se distrair/divertir? Qual?
  
  - b) O(a) senhor(a) participa de alguma atividade religiosa ou na comunidade? Qual?

**Pensando na dor no último mês:**

- 5) Quando está com dor, o(a) senhor(a) realiza as atividades do dia-a-dia?
  - a) Se sim, como o(a) senhor(a) realiza?
  
  - b) Se não, o(a) senhor(a) deixou de fazer alguma atividade do dia-a-dia por causa da dor?
  
  - c) O(a) senhor(a) necessita de ajuda para realizar essas atividades do dia-a-dia? Gostaria de ter alguém para te ajudar?
  
  - d) Se sim, quanto de ajuda necessita em uma escala de 1 a 10?
  
  - e) O(a) senhor(a) tem quem o(a) ajude?
  
  - f) O(a) senhor(a) está satisfeito com a ajuda que recebe?
  
  - g) Se necessitar de ajuda, o(a) senhor(a) pode contar com alguém? Com quem?
  
  - h) O(a) senhor(a) faz algo para aliviar a sua dor? Se sim, fale-me como. Tem alguma estratégia que o(a) senhor(a) usa?
- 6) O(a) senhor(a) gostaria de fazer alguma pergunta e/ou de falar algo mais?

**ANEXO A**  
**Aprovação no Conselho de Ética do Projeto BACE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº, ETIC 0100.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Leani Souza Máximo Pereira**  
Departamento de Fisioterapia  
EEFFTO- UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de maio de 2011, o projeto de pesquisa intitulado "Dor lombar em idosos: um estudo multicêntrico internacional entre o Brasil, Áustria, Holanda. Back complaints in the Elders:BACE." e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

**ANEXO B****Aprovação no Conselho de Ética do Termo Aditivo**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 53504216.6.0000.5149

Interessado(a): Profa. Leani Souza Máximo Pereira  
Departamento de Fisioterapia  
EEFFTO

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 24 de fevereiro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado " **Dor lombar em idosos: Um Estudo multicêntrico internacional entre Brasil, Austrália e Holanda. Back Complaints in the Elders**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG