

Fausto Henrique Dias

**A PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS, QUE SENTEM DOR, SOBRE
A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO
DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

Fausto Henrique Dias

**A PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS, QUE SENTEM DOR, SOBRE
A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO
DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

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: Desempenho Funcional Humano

Linha de Pesquisa: Saúde e Reabilitação no Idoso

Orientadoras:

Profa. Dra. Marcella Guimarães Assis

Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

D541p Dias, Fausto Henrique
2018 A percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária. [manuscrito] / Fausto Henrique Dias – 2018.
48 f., enc. il.

Orientadora: Rosana Ferreira Sampaio
Coorientadora: Marcella Guimarães Assis

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 38-41

1. Idosos - Teses. 2. Dor na velhice - Teses. 3. Qualidade de vida – Teses. I. Assis, Marcella Guimarães. II. Ferreira, Rosana. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Danilo Francisco de Souza Lage, CRB 6: nº 3132, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL

SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-

4781/7395

ATA DE NÚMERO 280 (DUZENTOS E OITENTA) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO **FAUSTO HENRIQUE DIAS** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Aos 02 (dois) dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação **“A PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS, QUE SENTEM DOR, SOBRE A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA”**. A banca examinadora foi constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Rosana Ferreira Sampaio, Leani Souza Máximo Pereira e Pricila Cristina Correa Ribeiro, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 08h00min com apresentação oral do candidato, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram o candidato aprovado e apto a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, o 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, lavra a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada pelo mesmo e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 02 de agosto de 2018.

Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio

Rosana Ferreira Sampaio

Professora Dra. Leani Souza Máximo Pereira

Leani Souza Máximo Pereira

Professora Dra. Pricila Cristina Correa Ribeiro

Pricila Cristina Correa Ribeiro



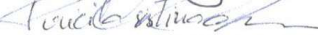
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA REABILITAÇÃO / EEFFTO
AV. ANTÔNIO CARLOS, Nº 6627 - CAMPUS UNIVERSITÁRIO
PAMPULHA - CEP 31270-901 - BH / MG

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/ mreabE-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781


PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de FAUSTO HENRIQUE DIAS intitulada "A PERCEPÇÃO DE IDOSOS MUITO IDOSOS, QUE SENTEM DOR, SOBRE A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA" 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
Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio	Aprovado	
Profa. Dra. Leani Souza Máximo Pereira	Aprovado	
Profa. Dra. Priscila Cristina Correa Ribeiro	Aprovado	

Belo Horizonte, 02 de agosto de 2018.

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


Profa. Dra. Juliana de Melo Ocarino
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Reabilitação- EEFFTO-UFMG
Inscrição UFMG 22500-2
Siapa 1815812

À minha mãe, por todo apoio e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me fortalecer nos momentos difíceis, iluminando e permitindo que eu conquiste os meus sonhos.

À minha mãe, Marlene, por todo amor, carinho, atenção e ensinamentos de vida. Por muitas vezes abdicar dos seus desejos em prol da minha realização. Não há palavras para demonstrar toda a gratidão diante de tudo o que sempre fez por mim. Te amo!

Agradeço à minha orientadora, Profa Dra Marcella Guimarães Assis, por me oferecer a oportunidade de ser cada dia melhor, por acreditar no meu potencial e sempre me incentivar a seguir em frente. Agradeço todas as contribuições, ensinamentos, trocas e correções, que sempre foram colocados com muita paciência e delicadeza. O meu muito obrigado por tudo.

Agradeço à Bárbara, pela gentileza, compartilhamento e disponibilidade incontestável. E à aluna Francielle, por toda ajuda oferecida.

Às colegas de pós-graduação, Letícia 1, Letícia 2 e Samara, por dividirem e sonharem esse sonho comigo. Por compartilharem ensinamentos e alegrias. Por tornarem os momentos de angústia mais leves e divertidos.

À minha amiga Suellen, por se mostrar sempre disponível para auxiliar na construção desse trabalho. E a todos os meus amigos, da faculdade, da residência e da vida, que direta ou indiretamente contribuíram e torceram por mim nessa jornada.

Aos professores do corpo docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação pelos inúmeros momentos de contribuição e ensinamentos que fizeram toda a diferença. Agradeço também aos professores do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG, que me possibilitaram uma formação sólida e fizeram com que eu me tornasse o terapeuta ocupacional que sou.

Aos funcionários do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pela disponibilidade e atenção, em especial à Marilane ao Gabriel.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por possibilitar e contribuir para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

A população mundial experimenta um processo gradativo de envelhecimento que está relacionado à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, com conseqüente aumento da expectativa de vida. No Brasil, também houve a mudança do perfil etário e o grupo que mais cresce é composto por idosos com 80 anos e mais, denominados idosos muito idosos. Com essa mudança no perfil etário, há o aumento das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, que podem apresentar a dor como sintomatologia comum e causar um processo de incapacidade funcional. A dor é uma vivência subjetiva, influenciada pelo contexto social e cultural. O idoso que sente dor pode ter limitações e necessitar de auxílio para realizar suas atividades cotidianas. Os níveis de assistência podem variar de apoio verbal, onde há o encorajamento para realização da atividade, a assistência total, na qual se realiza a atividade para a pessoa. O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de receber assistência nas atividades de vida diária. Estudo qualitativo, realizado com idosos de 80 anos e mais, recrutados do estudo multicêntrico, internacional *Back Complaints in the Elderly* (BACE). A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e o número de participantes foi definido pelo critério de saturação. Utilizou-se análise de conteúdo temático para análise dos dados. Participaram do estudo 32 idosos, 30 mulheres e dois homens com idade variando entre 80 e 91 anos. Após análise criteriosa das entrevistas, emergiram duas categorias: “Necessidade de assistência no dia a dia do idoso com dor” e “Quero ajuda, mas quem pode ajudar?”. Os participantes afirmaram que precisam de assistência total para realizar as atividades instrumentais de vida diária, relacionadas ao cuidado com a casa, e para mobilidade. Apontaram também que a ajuda fornecida é advinda de seus familiares, vizinhos, e que na impossibilidade dos mesmos, uma alternativa foi pagar para receber assistência. O conhecimento destes resultados poderá contribuir para que profissionais de saúde e cuidadores, formais e informais, ampliem a sua compreensão sobre as demandas dos idosos e o complexo processo de assistência, durante o desempenho das atividades cotidianas. E assim possam intervir considerando a subjetividade da dor e o amplo espectro de modalidades de assistência junto ao idoso muito idoso.

Palavras-chaves: idoso muito idoso, dor, assistência, atividades de vida diária

ABSTRACT

The world population experiences a gradual process of aging that is related to the improvement of health conditions and quality of life with a consequent increase in life expectancy. In Brazil there was also a change in the age profile and the group that grows the most is composed of elderly people aged 80 and over, called elderly people. With this change in the age profile there is an increase in non-transmissible chronic-degenerative diseases which can present pain as a common symptomatology and cause a process of functional incapacity. Pain is a subjective experience, influenced by the social and cultural context. The elderly person who feels pain may have limitations and need help to perform their daily activities. The levels of care may vary from verbal support where there is encouragement to perform the activity, the total assistance, in which the activity is performed for the person. The objective of this study was to understand the perception of the elderly, who feel pain, about the need to receive assistance in activities of daily living. A qualitative study performed with the elderly of 80 years and older, recruited from the multicenter, international Back Complaints in the Elderly (BACE) study. Data were collected through semi-structured interviews and the number of participants was defined by the saturation criterion. Thematic content analysis was used to analyze the data. Thirty-two elderly, 30 women and two men aged 80 to 91 years participated in the study. After careful analysis of the interviews two categories emerged: "Need for day-to-day assistance of the elderly with pain" and "I want help, but who can help?". Participants stated that they need total assistance to carry out instrumental activities of daily living, related to home care and mobility. They also pointed out that the help provided came from their relatives, neighbors, and that if it was not possible an alternative was to pay for assistance. Knowledge of these results may contribute to the need for formal and informal health professionals and caregivers to broaden their understanding of the demands of the elderly and the complex process of care during the performance of daily activities. And so they can intervene considering the subjectivity of pain and the wide spectrum of assistance modalities with the elderly very old.

Key words: oldest old, pain, care, activities of daily living

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BRASIL – 2010.....	11
Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BRASIL - 2060.....	11

PREFÁCIO

O formato desta dissertação segue as orientações estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, de 03 de abril de 2018, referentes ao formato opcional de dissertação de mestrado. A dissertação é composta por três partes: a primeira é constituída de introdução com revisão bibliográfica do tema, justificativa do estudo, objetivo e percurso metodológico de forma detalhada. A segunda parte é composta por um artigo intitulado: “A percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária”, formatado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Fisioterapia, para a qual será enviado para publicação. A terceira parte é constituída das considerações finais, referências bibliográficas, apêndice e anexos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Envelhecimento populacional.....	10
1.2 Definição de Dor.....	12
1.3 A dor segundo a antropologia: o pensamento de Le Breton.....	13
1.4 Atividades de Vida Diárias e a necessidades de Assistência.....	15
1.5 Justificativa.....	18
2 OBJETIVO.....	19
3 PERCUSO METODOLÓGICO.....	20
3.1 Participantes.....	20
3.2 Coleta de dados.....	21
3.4 Procedimentos.....	22
3.5 Consentimento Ético.....	22
4 ARTIGO.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
APÊNDICE 1.....	42
ANEXOS.....	44
Aprovação no Conselho de Ética do Projeto BACE.....	44
Aprovação no Conselho de Ética do Termo Aditivo.....	45
Mini Currículo.....	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

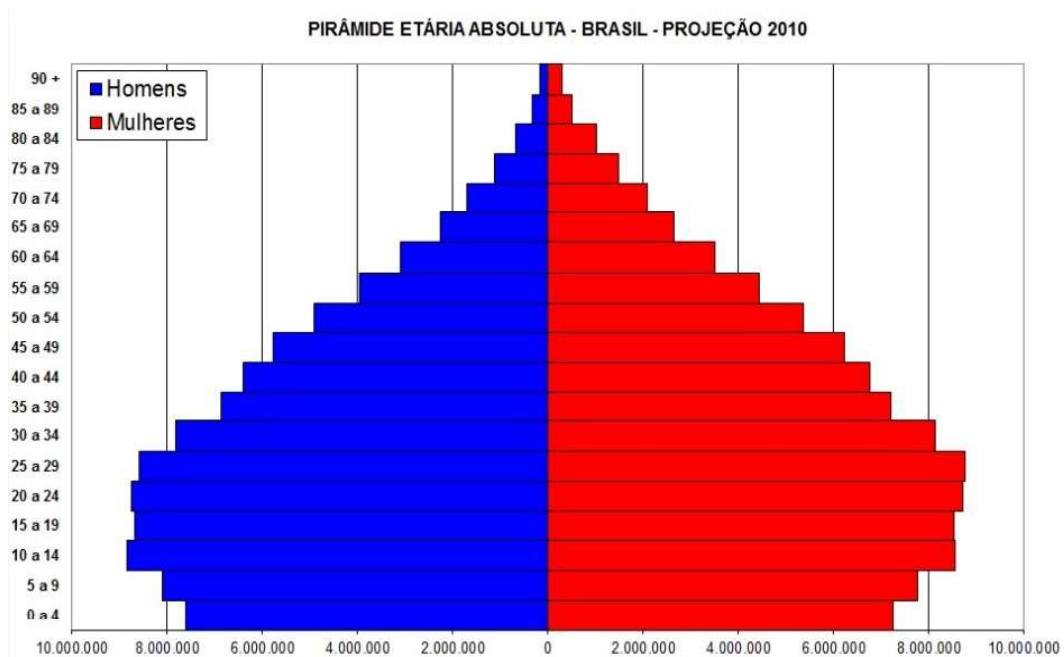
A população mundial experimenta um processo gradativo de envelhecimento, em função da queda da mortalidade e da fecundidade (US CENSUS BUREAU, 2012). Em 2020 é esperado que a população idosa atinja o contingente de 1 bilhão de indivíduos, totalizando 13% da população mundial (US CENSUS BUREAU, 2012). Crescimento este, que está relacionado à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, com consequente aumento da expectativa de vida (OMS, 2015).

No Brasil, o perfil etário modificou-se nas últimas décadas, pois o crescimento da população idosa tem se mantido em níveis superiores em comparação aos outros grupos etários (Figuras 1 e 2). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 havia 190.755.799 habitantes, destes 20.590.599 eram idosos, correspondendo a 10,8% da população (IBGE, 2012; IBGE, 2009).

A população de 60 anos e mais passou de 3,1%, em 1970, para 7,4%, em 2010 (IBGE, 2011). Há projeções estimando que esse percentual alcance 24%, em 2050 (IBGE, 2013), e mostram que o grupo que mais crescerá, será o de idosos com 80 anos ou mais, denominados “idosos muito idosos” (CAMARANO, 2014). Nesse grupo, no Brasil, a predominância será de mulheres, mas no mundo haverá uma paridade entre homens e mulheres (UNITED NATIONS, 2015; NASRI, 2008).

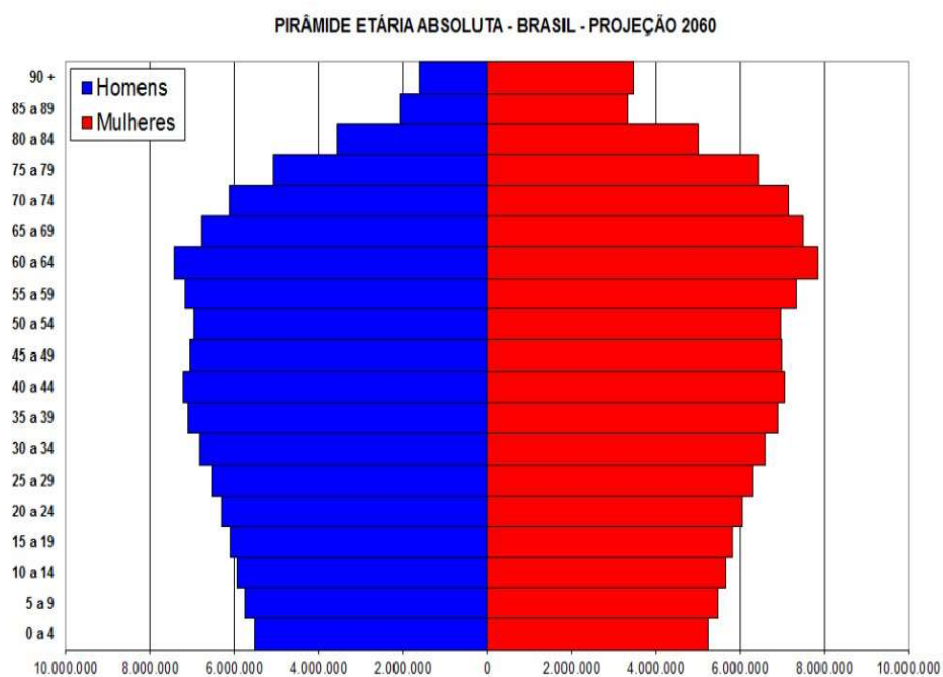
Essa população de idosos muito idosos é caracterizada por uma grande diversidade. Se por um lado, um grande número vivencia trajetórias positivas do envelhecimento, por outro, muitos experimentarão declínios significativos relacionados à funcionalidade e aumento da demanda por cuidado (OMS, 2015).

Figura 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
BRASIL - 2010



Fonte: IBGE, 2012

Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
BRASIL -2060



Fonte: IBGE, 2012

Dessa forma, o processo de envelhecimento, em conjunto com o aumento da expectativa de vida, deve ser levado em consideração ressaltando as condições adversas que acompanham a longevidade, como o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, que podem ter como sintomatologia a dor (LE BRETON, 2013; CELICH, GALON, 2009). A dor no idoso torna-se problema de saúde pública, sendo necessário um diagnóstico detalhado, mensuração e tratamento adequados pelos profissionais de saúde (CELICH, GALON, 2009), bem como conhecer e compreender a percepção da população idosa brasileira sobre a dor.

1.2 Definição de dor

A dor é definida como uma experiência subjetiva, sensorial, complexa, emocional e desagradável, associada à lesão de tecidos, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (MERSKEY *et al.*, 1994). Este conceito foi atualizado, em 2012 e a Associação Internacional para Estudo da Dor incluiu que a dor é subjetiva e deve ser considerada mesmo sem a presença de lesão tecidual, e também, diante da incapacidade para comunicação verbal pelo indivíduo (IASP, 2012).

Por se tratar de uma experiência vivenciada, a percepção de dor é caracterizada como fenômeno multidimensional, que abrange aspectos psicológicos, neurofisiológicos, biomecânicos, culturais, étnicos, religiosos, cognitivos, afetivos e ambientais (DELLAROZA, 2008). A dor é considerada o sintoma mais subjetivo, pois sua visibilidade e mensuração dependem do relato do indivíduo que a vivencia, ainda não sendo possível a utilização de exames por imagem ou laboratoriais que possam diagnosticá-la (MINATTI, 2012).

A dor pode ser classificada com relação ao tempo de duração, quanto à origem, ao padrão e à intensidade. Quando classificada pelo tempo de duração, se divide em aguda ou crônica. A primeira é caracterizada como um alerta, resultado de lesões diretas e com duração enquanto houver lesão tecidual. Já a segunda é caracterizada por não conter função biológica de alerta, se mantém além do tempo habitual de cura, é patológica e causada por lesão do tecido nervoso (IASP, 1986). Com relação à origem, pode ser

nociceptiva (somática ou visceral) por sensibilização de nociceptores, neuropática, por lesões de vias sensitivas do sistema nervoso central ou periférico, dor mista com comportamento nociceptivo e neuropático, ou dor psicogênica que não apresenta causa aparente (IASP, 1986). Quanto ao padrão é classificada em contínua, que se mantém ao longo do tempo sem interrupção, e episódica, subdividida em: incidental, quando relacionada com alguma atividade específica, espontânea, que ocorre de maneira inesperada e, intermitente associada ao horário de intervalo da medicação (IASP, 1986). Por fim, pode ser classificada em relação à intensidade, podendo variar de nenhuma dor até a dor muito intensa e, rotineiramente, é mensurada por meio da Escala Visual Analógica (EVA), na qual, zero indica nenhuma dor e 10 indica o máximo de dor (BOTTEGA, FONTANA, 2010; IASP, 1986;).

1.3 A dor segundo a antropologia: o pensamento de Le Breton

A antropologia retrata a relação íntima entre o indivíduo e sua dor, relação que depende do significado que a dor tem para quem a sente e do momento em que ela é sentida. A dor é situacional, apesar de íntima, é impregnada do contexto social, cultural, e das relações. Dessa forma, a antropologia almeja analisar as relações entre o indivíduo e sua dor (LE BRETON, 2013).

A dor não é objetiva, ela passa por uma subjetividade que engloba toda complexidade do indivíduo. Para compreender suas sensações no indivíduo, faz-se necessário compreender a complexidade do indivíduo com toda a sua história, buscando sua razão de ser e não as sensações apontadas no corpo (LE BRETON, 2013).

Le Breton (2013) ressalta que não existe dor sem sofrimento, sem uma condição, um significado afetivo, que transborda um fenômeno fisiológico sob a consciência do indivíduo. E assim, há uma dimensão moral envolvida na sensação de dor, questiona-se a interação do indivíduo com o mundo, as experiências adquiridas ao longo do tempo. Dessa forma, a dor não se expressa apenas fisiologicamente, pertence à esfera simbólica da sensação. Neste contexto, a dor deixa de ser uma sensação e passa a ser uma

percepção singular, um significado, e não pode ser reduzida a mensurações pontuais (LE BRETON, 2013).

A dor difere-se de uma simples mensagem sensorial exacerbada, tem o poder de abalar a identidade do indivíduo de forma imensurável. É capaz de arrancar o homem de si mesmo, e faz com que ele enfrente todos os seus limites. Mas quando superada, pode lembrar o valor da existência e amplificar a percepção do indivíduo. Toda a percepção sobre a dor depende do significado que ela tem para o homem, se por um lado pode fazer com que o ele perca o gosto pela vida, por outro, quando se afasta, revigora as energia, restaurando a vontade de viver (LE BRETON, 2013).

Antes que os sintomas dolorosos sejam cessados, é necessário dar uma causa para esta dor. Não há fórmula que contenha a relação íntima do indivíduo com a dor, a não ser a relação da dor com o sofrimento, sendo assim, há um significado e uma intensidade que são peculiares, singulares de cada indivíduo que é acometido por dor (LE BRETON, 2013).

A dor distribui-se de formas diferentes, depende da intensidade, da hora do dia em que aparece, de um dia para o outro, o contexto é muito influente, bem como a sua significação. A dor aguda é temporária, breve, decorrente de eventos pontuais. A previsão do fim próximo, não faz com que o sentimento de identidade do indivíduo seja abalado (LE BRETON, 2013).

A dor crônica aparece como um extenso e doloroso obstáculo para a vivência do indivíduo em seu cotidiano, alterando a satisfação com a vida. Está relacionada com o aumento da expectativa de vida e as dores mais frequente são nas costas, seguidas de cefaleias, sequelas após traumas e alterações neurológicas. A dor crônica afasta o homem das suas relações e atividades, mesmo que significativas (LE BRETON, 2013).

Quando a dor se instala, há a sensação de indignidade física, o indivíduo vive um sentimento estranho de que está preso a um corpo que não lhe pertence. Qualquer dor, mesmo que em baixa intensidade, afeta o indivíduo, causa mudanças em seu cotidiano. É capaz de anular, quase por completo, todo interesse pelo mundo e pelas atividades que traziam satisfação (LE BRETON, 2013). Por fim, a dor coloca o idoso diante de sua fragilidade, ameaçando sua segurança, autonomia e independência, alterando e/ou

impedindo, muitas vezes, sua capacidade de desempenhar atividades diárias (CELICH, GALON, 2009).

1.4 Atividades de Vida Diárias e a necessidades de assistência

As Atividades de Vida Diária (AVD) se referem a todas as atividades realizadas pelos indivíduos em seu cotidiano. Ocorrem em diferentes contextos e são influenciadas pela interação de fatores como as características físicas do indivíduo, crenças e valores; as habilidades motoras, processuais e de interação social; e os hábitos, rotinas e papéis (AOTA, 2015). As AVD podem ser divididas em três grupos: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) - relacionadas ao cuidado com o próprio corpo e à sobrevivência, como tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se, vestir-se e controlar os esfíncteres; as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - mais complexas que as ABVD, e relacionadas à interação do indivíduo com o ambiente, como gerenciar o próprio dinheiro, fazer compras, preparar refeições, administrar o lar e deslocar-se na comunidade; e as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) - relacionadas a níveis de funcionalidade mais elevados e demandam aprendizado mais refinado, são influenciadas por habilidades cognitivas, físicas, sensoriais e psicossociais e envolvem a realização de atividades dentro das dimensões de participação social, produtivas e de lazer, tais como: viajar, planejar viagens, fazer voluntariado, manter o trabalho, participar de grupos comunitários e planejar eventos (DIAS *et al.*, 2016). O desempenho do indivíduo nas ABVD e AIVD é frequentemente utilizado para avaliar sua capacidade funcional, e quanto maior o grau de dificuldade da pessoa nessas atividades, mais severa é a sua incapacidade (ALVES *et al.*, 2007).

Connolly, Garvey e McKee (2016) investigaram os fatores que interferem no desempenho das atividades de vida diária de idosos da comunidade, em uma amostra composta por 3500 indivíduos, com 65 anos ou mais, e destes, 18% eram idosos muito idosos. Os autores observaram que, depois da idade, a dor foi o fator que mais se associou às dificuldades para desempenhar atividades de vida diária/atividades instrumentais de vida diária. Segundo os autores, o idoso que sente dor pode ter dificuldades para desempenhar as atividades

diárias e para manter a participação em seu cotidiano. Os idosos que participaram deste estudo apontaram como atividades instrumentais mais difíceis as tarefas domésticas e fazer compras, que por sua vez demandam maior necessidade de assistência, tendo ajuda e delegando tais funções a outras pessoas (CONNOLLY *et al.*, 2016). Celich e Galon (2009), em um estudo com idosos na faixa etária de 60 a 83 anos, apontaram restrições nas seguintes atividades: transferência/locomoção (44%), vestuário (37%), banho (15%) e higiene (7%). Também em função da queixa dolorosa, é habitual que o indivíduo tente mudar a sua rotina, retire diferentes ocupações do seu repertório, ou necessite da assistência de terceiros (MARTINS *et al.*, 2011; CELICH, GALON, 2009).

No estudo de Reis e Torres (2011), no qual investigaram a influência da dor na capacidade funcional, foi observado que, o idoso apresenta um processo de reclusão social, sedentarismo, redução e perda da autonomia e deixa de realizar suas atividades de autocuidado. Portanto, o idoso pode apresentar sua capacidade funcional comprometida, levando à dependência física e mental para realização das atividades de vida diária, e consequente necessidade de assistência (REIS, TORRES, 2011).

A dificuldade vivenciada pelo indivíduo para o desempenho de atividades de vida diária ou a impossibilidade para a sua realização, é definida como Incapacidade Funcional (ROSA *et al.*, 2003). Nesse contexto, a dependência, causada pela Incapacidade Funcional, torna-se um estado no qual se encontram os indivíduos que precisam de auxílio para realização das atividades do dia-a-dia (ARAÚJO, PAÚL, MARTINS, 2011).

Dessa forma, os idosos que demandam assistência para realização das atividades diárias e/ou para manutenção da vida (MARTINS *et al.*, 2011), geralmente são auxiliados por um cuidador. Esse pode ser formal, isto é, remunerado, ou informal, um membro da família ou um amigo (PICKARD *et al.*, 2008). Sabe-se que nas diversas culturas e contextos há o predomínio de cuidadores informais, que despendem auxílio nas tarefas domiciliares de idosos com incapacidades funcionais (LIMA-COSTA *et al.*, 2017; SOLÉ-AURÓ, CRIMMINS, 2014; DUARTE, LEBRÃO, LIMA, 2005).

Os tipos de assistência fornecidos por um familiar e/ou cuidador são discutidos de formas distintas por alguns autores (CHISHOLM *et al.*, 2014; ARAÚJO, PAÚL, MARTINS, 2011; ROGERS *et al.*, 1999). Segundo Chisholm *et al.*, (2014), durante a realização das atividades de vida diária o indivíduo deve receber assistência apenas quando necessário, utilizando primeiro assistência mais simples, como instruções, até uma assistência mais elaborada e assistiva. Os níveis de assistência, elencados do menor ao mais assistivo são: (1) apoio verbal (no qual o cuidador oferece encorajamento); (2) verbal não diretivo (é ofertada sugestões para o alerta); (3) diretiva verbal (há a instrução); (4) gestos (aponta para objeto); (5) reorganização de atividade ou ambiente (interromper a atividade para modificar e reorganizar suas partes); (6) demonstração (demonstrar atividade/tarefa); (7) orientação física (“mãos para baixo” – move a parte do corpo necessária); (8) suporte físico (“mãos levantadas”- levantar parte do corpo/roupas/suporte); e (9) assistência total (fazer as atividades e tarefas para o indivíduo).

Araújo *et al.*, (2011) apresentam três tipos de assistência: supervisão/vigilância, supervisão e o apoio de terceiros para o desempenho de algumas atividades, ajuda permanente para realização das ABVD e AIVD. No primeiro tipo, o indivíduo é ligeiramente dependente, possui certa independência e consegue realizar algumas AVD. No segundo tipo, o indivíduo apresenta uma dependência moderada. Com relação ao terceiro tipo, o indivíduo possui uma dependência grave, e comumente é acamado ou apresentam limitações severas de mobilidade.

Rogers *et al.*, (1999) dizem que a assistência é uma ação iniciada pelo cuidador para que a atividade seja realizada. Descrevem uma hierarquia de três categorias e cinco níveis de assistência que foram baseadas no tipo de ajuda, e foi organizada em ordem ascendente, da menor para a maior necessidade de assistência. A primeira categoria foi classificada como não física, contato menos assistivo e incluía a assistência de nível 0, na qual o indivíduo recebia declarações neutras para ficar alerta á atividade. Incluía também a assistência de nível 1, cujo o indivíduo recebe declarações afirmativas e positivas. Na segunda categoria, na qual havia assistência diretiva, incluía o nível 2 de assistência, no qual o indivíduo recebia solicitações

verbais para iniciar, continuar e encerrar a atividade ou recebia instrução passo a passo. O nível 3 de assistência também está classificado na segunda categoria e consiste em utilização de gestos para que o indivíduo faça a atividade. Na terceira e última categoria o indivíduo recebe assistência física e inclui a assistência de nível 4, onde o indivíduo recebe auxílio físico para vestir, se transferir, para o banho e as demais atividades básicas de vida diária. Independente da assistência que é oferecida, Araújo et al., (2011) apontam que a família continua a desempenhar o papel de principal cuidador do idoso dependente, mesmo que haja poucos recursos financeiros e mesmo em localizações onde a rede de serviços formais de apoio é abrangente.

Como a prestação de cuidados envolve grande complexidade, o cuidador e a pessoa idosa precisam participar, ativamente, de todas as etapas deste processo. No estudo de Martins *et al.*, (2011), que objetivou conhecer como o idoso, com algum grau de dependência, percebia o cuidado em saúde e a significação deste em sua vida, os entrevistados destacaram que o cuidado e a atenção que recebiam não eram os que eles idealizavam. Giacomini e Firmo (2015) entrevistaram idosos de um município mineiro com o objetivo de compreender a forma de pensar e agir desses indivíduos diante da condição de presenciar a velhice associada à incapacidade, e mesmo não tendo um enfoque sobre a dor, os idosos ressaltaram a ausência de garantia de ser bem cuidado no meio familiar.

Portanto, o idoso precisa ser ouvido e apontar suas demandas em relação às diversificadas formas de cuidado, uma vez que quanto mais idoso, maior será a probabilidade de dependência para as atividades de vida diária e a necessidade de assistência.

1.5 Justificativa

A população de idosos muito idosos cresce de forma acentuada, fato este que está relacionado ao aumento da expectativa de vida em decorrência das melhorias na condição de saúde e qualidade de vida (OMS, 2015; US CENSUS BUREAU, 2012). Esse aumento da expectativa de vida é acompanhado por

maior incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis que podem ter a dor como sintoma. Diante deste cenário há um interesse ampliado em estudos voltados a temáticas relacionadas à população idosa com 80 anos e mais. Sabe-se que o idoso que sente dor pode necessitar de assistência para realização das atividades cotidianas, e que a dependência torna-se o principal fator de impacto sobre a saúde dos idosos e de seus familiares (MILLAN-CALENTINI *et al.*, 2010). Dessa forma, é necessário ouvir as demandas específicas dos idosos muito idosos, que sentem dor, com relação às suas necessidades de assistência para realização das atividades de vida diária, e compreender de onde poderá vir este auxílio. Os resultados do presente estudo poderão contribuir para melhorias no cuidado em saúde, elaboração de políticas públicas de assistência ao idoso e intervenções/orientações direcionadas ao familiar.

2 OBJETIVO

Compreender a percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, cuja metodologia na perspectiva das Ciências do Homem e da Saúde, tem o objetivo de compreender o significado de um fenômeno, de forma individual ou coletiva para a vida dos indivíduos investigados (TURATO, 2005). Dessa forma, é indispensável saber o que os fenômenos representam para esses indivíduos. Como a significação é estruturante, a partir do significado dos acontecimentos, os indivíduos organizarão suas vidas, incluindo os cuidados com a saúde. O método de pesquisa qualitativa tem o fim de criar um modelo de entendimento profundo de ligação entre o fenômeno e a significação deste para o indivíduo. Objetiva

ainda, entender como o objeto de estudo se manifesta, sem almejar um produto que possa ser matematicamente trabalhado (TURATO, 2005).

3.1 Participantes

Os participantes foram recrutados do estudo epidemiológico observacional longitudinal *Back Complaints in the Elderly (BACE)*. Trata-se de um consórcio internacional de estudos de coorte sobre as queixas de dores lombares em idosos, envolvendo pesquisadores da Austrália, Holanda e Brasil (SCHEELE *et al.*, 2011). No BACE-Brasil foram incluídos 600 idosos (65 anos ou mais), encaminhados por profissionais de saúde da rede pública de atenção primária à saúde (clínico geral e enfermeiros) e por profissionais da saúde que prestam serviços no Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (SCHEELE *et al.*, 2011). Os idosos 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 (SCHEELE *et al.*, 2011).

A partir do banco de dados do estudo BACE, os idosos muitos idosos, com 80 anos e mais, de ambos os sexos, foram convidados para participar das entrevistas individuais. Eles foram contatados por telefone, para verificar seu interesse e definir melhor dia, horário e local (CABRAL, 2017). O número de participantes foi definido durante a realização das entrevistas seguindo o critério de saturação, ou seja, quando não há novas informações que possam acrescentar e contribuir para a reflexão e análise dos dados coletados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2011). Assim, foram entrevistados 32 idosos (CABRAL, 2017).

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. A entrevista, segundo Minayo (2014), é definida como um instrumento importante por

proporcionar o conhecimento e a produção de conteúdo, objetivo ou subjetivo, diretamente fornecido pelos entrevistados. Por meio desse instrumento, o entrevistador consegue elucidar as informações que são relacionadas ao objeto do estudo. Assim, a entrevista fornece dados, e pode ser classificada de diversas formas: sondagem de opinião, aberta, focalizada, projetiva ou semiestruturada, sendo a última a escolhida para a coleta de dados deste trabalho. Na entrevista semiestruturada é utilizado um roteiro para guiar e facilitar a abordagem de temas de interesse, mas não há uma rigidez com relação à ordem dos assuntos, o entrevistado direciona os assuntos que lhe são mais relevantes (MINAYO, 2014).

Os participantes foram entrevistados em suas residências, ou outro local de sua preferência (CABRAL, 2017). Os idosos responderam a perguntas sobre a caracterização da dor, a rotina englobando as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária, a reação e modo de lidar com a dor e a necessidade de assistência. Foram também informados os dados sociodemográficos dos participantes (Apêndice I).

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Após a transcrição foram enviadas aos entrevistados para que pudessem ler e autorizar a versão final. Para garantir o anonimato dos idosos, os relatos foram identificados por números acrescidos da idade e sexo do entrevistado (CABRAL, 2017).

3.3 Análises dos dados

A análise dos dados foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo temática que parte de uma leitura de primeiro plano e atinge um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos do material que foi coletado (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é organizada em três fases distintas - a primeira é a fase da organização, operacionalização e sistematização do material. É feita a pré-análise, quando acontece uma leitura flutuante dos dados coletados, com as primeiras impressões do conteúdo encontrado nas entrevistas. Na segunda fase é feita uma análise exploratória, etapa longa e exaustiva que consiste em

estabelecer codificações e classificações para estabelecer núcleos de sentido que compõem a comunicação. A terceira e última fase é a do tratamento dos resultados e interpretação dos dados obtidos relacionando-os com a fundamentação teórica (BARDIN, 2011).

3.4 Procedimentos

A partir das entrevistas já transcritas (CABRAL, 2017) foram analisados os relatos. Inicialmente foram organizadas as informações relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes. Em seguida foram extraídos os relatos dos idosos sobre a necessidade de assistência para realizar as atividades de vida diária, e sobre a presença ou não de alguém que pudesse fornecer este auxílio. Por fim, foi realizada a análise de conteúdo temática.

3.5 Consentimentos Éticos

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

4 ARTIGO

Título: A percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária

Autores: Fausto Henrique Dias¹, Marcella Guimarães Assis²

Afiliação:

1. Terapeuta Ocupacional, mestrando em Ciências 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

Telefone: (31) 3409-4790

Resumo

Introdução: Com o aumento do número de idosos muito idosos cresce a incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, que podem ser acompanhadas pela dor. O idoso que sente dor pode necessitar de assistência para realizar as atividades cotidianas. **Objetivo:** compreender a percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária. **Método:** estudo qualitativo, com 32 idosos, com 80 anos ou mais. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, e a técnica de análise de conteúdo temática foi utilizada para análise dos resultados. **Resultados:** os entrevistados apontaram demandas de assistência total para realizar as atividades instrumentais de vida diária e para mobilidade na comunidade. Informaram que a assistência era fornecida pelos familiares, vizinhos, e na impossibilidade destes, recorreram à ajuda paga. **Conclusão:** estes resultados poderão contribuir para que profissionais de saúde e cuidadores, formais e informais, ampliem sua compreensão sobre as demandas dos idosos e o processo de assistência, durante o desempenho das atividades cotidianas.

Palavras-chaves: idoso muito idoso, dor, assistência, atividades de vida diária

Abstract

With the increase in the number of elderly, the incidence of chronic degenerative diseases, which can be accompanied by pain, increases. The elderly person who feels pain needs help to perform daily activities. **Objective:** to understand the perception of the elderly, about the performance to perform the activities of daily living. **Method:** qualitative study, with 32 elderly, 80 years old or older. For the data collection, the semi-structured interview was made, and the thematic content analysis technique was used to analyze the results. **Results:** the respondents pointed out demands for total assistance for instrumental life activities and for mobility in the community. They reported that care was provided by family members, neighbors, and when they were not available, they used paid help. **Conclusion:** the results can contribute to the decision making on health care and care to improve the lives of the elderly.

Key words: oldest old, pain, care, activities of daily living

Introdução

Os idosos muito idosos, aqueles com 80 anos ou mais, representam o segmento da população idosa que mais crescerá, no Brasil, até o ano de 2050^{1,2}. Frente a este panorama deve-se considerar o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, que por consequência podem ser acompanhadas pela dor^{3,4}.

A dor, na abordagem antropológica, é um fato existencial e engloba toda a subjetividade do indivíduo. A complexa relação do homem com a dor, não se explica individualmente pela causa fisiológica. Apesar de íntima, a dor é situacional, e engloba a relação inconsciente do indivíduo com ele mesmo, sua história, sua identidade, e os contextos sociais e culturais⁴. A dor causa mudanças no cotidiano do indivíduo e rompe ligações que o deixava preso às atividades rotineiras. Torna-se assim, capaz de anular o interesse que o indivíduo tem pelo mundo e pelas atividades, que outrora, faziam parte do seu cotidiano e lhe traziam satisfação⁴.

O idoso que sente dor pode ter dificuldades para desempenhar as atividades de vida diária (AVD)³, acarretando redução e/ou perda da autonomia⁵. As AVD se referem a todas as atividades realizadas pelos indivíduos em seu cotidiano⁶. Ocorrem em diferentes contextos e são influenciadas pela interação de fatores como as características físicas do indivíduo, crenças e valores; as habilidades motoras, processuais e de interação social; e os hábitos, rotinas e papéis⁶. Quanto maior o grau de dificuldade do indivíduo para realização dessas atividades, maior será sua incapacidade⁷. Segundo Connolly *et al.*⁸, a idade seguida pela dor são os fatores mais associados à incapacidade. A dor coloca o idoso diante de sua fragilidade, ameaçando sua segurança e independência, alterando e/ou impedindo, muitas vezes, sua capacidade de desempenhar atividades diárias³. Nesse cenário, o idoso passa a necessitar de assistência para realização das AVD⁹, e pode ser auxiliado por um cuidador¹⁰, formal ou informal¹¹.

Os tipos de assistência fornecidos por um familiar e/ou cuidador são discutidos de formas distintas por alguns autores^{9, 12,13}. Segundo Rogers *et al.*¹² a assistência é uma ação iniciada pelo cuidador para que a atividade seja

realizada. Estes autores¹² descrevem cinco níveis de assistência baseados no tipo de ajuda e organizados em ordem ascendente, da menor para a maior necessidade de assistência: (0) declarações neutras para ficar alerta á atividade; (1) declarações afirmativas e positivas; (2) solicitações verbais para iniciar, continuar e encerrar a atividade ou recebe instruções de passo a passo; (3) utilização de gestos para que o indivíduo faça a atividade; e (4) auxílio físico para vestir, se transferir, tomar banho e as demais atividades básicas de vida diária.

Araújo *et al.*⁹ apresentam três tipos de assistência para realização das AVD: (1) supervisão e vigilância, quando o indivíduo consegue realizar algumas AVD; (2) supervisão e apoio, quando o indivíduo apresenta uma dependência moderada; e (3) ajuda permanente, quando o indivíduo possui uma dependência grave, comumente acamado ou apresenta limitações severas de mobilidade. Segundo Chisholm *et al.*¹³, durante a realização das atividades o indivíduo deve receber assistência apenas quando necessário, utilizando primeiro instruções até receber ajuda mais assistiva. Os níveis de assistência, do menor ao mais assistivo, são: (1) apoio verbal (encorajamento); (2) verbal não diretivo (sugestão de alerta); (3) diretiva verbal (instruir); (4) gestos (apontar para objeto); (5) reorganização da atividade ou ambiente (interromper a atividade); (6) demonstração (demonstrar a atividade ou tarefa); (7) orientação física (“mãos para baixo” - move parte do corpo necessária); (8) suporte físico (“mãos levantadas” - levantar parte do corpo, roupas ou suportes); e (9) assistência total (fazer atividades ou tarefas para a pessoa).

Considerando as diversificadas modalidades de assistência, o idoso muito idoso deve ser ouvido visando apontar suas demandas específicas em relação à sua necessidade de auxílio. Assim, o objetivo do presente estudo é compreender a percepção de idosos muito idosos, que sentem dor, sobre a necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária.

Percurso Metodológico

Este é um estudo qualitativo que integra um projeto maior, intitulado “*Back Complaints in the Elderly (BACE)*” que foi aprovado pelo Comitê de Ética

em pesquisa da Universidade 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.

Os participantes foram recrutados do estudo multicêntrico, internacional *BACE*¹⁴. Em tal estudo foram incluídos 600 idosos, e desses, os idosos muito idosos, com 80 anos ou mais, num total de 75, de ambos os sexos, foram contatados por telefone e convidados a participar das entrevistas individuais. Os idosos que apresentavam quadro algico, sem comprometimento cognitivo e que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados¹⁴. O número de participantes foi definido ao longo das entrevistas seguindo o critério de saturação¹⁵ e assim, foram entrevistados 32 idosos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada¹⁶, na qual foi utilizado um roteiro para guiar os temas de interesse, sem que haja rigidez com relação à ordem dos assuntos¹⁷. O roteiro incluiu os seguintes temas: a caracterização da dor, a rotina englobando as atividades básicas de vida diária (ABVD), as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e as atividades avançadas de vida diária (AAVD), e a reação e modo de lidar com a dor. Dados sociodemográficos também foram informados. As entrevistas ocorreram nas residências ou em outro local de preferência do idoso¹⁶, e foram gravadas. Posteriormente foram transcritas e enviadas aos entrevistados para que pudessem ler e autorizar a versão final. Os relatos foram identificados por número, idade e sexo dos entrevistados para garantir o anonimato¹⁶.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo temática que parte de uma leitura de primeiro plano e atinge um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos do material que foi coletado¹⁸. Essa análise é composta de três fases distintas: organização, operacionalização e sistematização do material¹⁸.

Resultados

Foram entrevistados 32 idosos, sendo 30 do sexo feminino e dois do sexo masculino, a idade variou de 80 a 91 anos, com idade média de 85,5 anos. Houve um predomínio de viúvos, com até 04 anos escolaridade formal, denominavam-se católicos e que moravam com algum familiar, tais como marido, filhos, netos e/ou sobrinhos. Todos os entrevistados relataram apresentar dor em alguma parte do corpo como: coluna, pernas, joelhos, tornozelos, pescoço e ombros.

Após a leitura atenta e criteriosa das entrevistas a respeito da percepção dos idosos muito idosos, que sentem dor, em relação à necessidade de assistência para realização das atividades de vida diária, emergiram duas categorias analíticas: 1) Necessidade de assistência no dia a dia do idoso com dor; e 2) Quero ajuda, mas quem pode ajudar?. Na primeira categoria surgiram duas subcategorias: a) atividades de vida diária e as demandas de assistência; e b) assistência para mobilidade em atividades extradomiciliares. E três subcategorias emergiram na segunda categoria: a) Família: de onde vem a ajuda?; b) Ajuda expectante do vizinho; e c) Ajuda paga: é possível?.

1. Necessidade de assistência no dia a dia do idoso com dor

Os entrevistados apontaram demandas de auxílio para realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e para mobilidade. As atividades mencionadas foram referentes à arrumação da casa e a mobilidade na comunidade.

1.1. Atividades de vida diária e as demandas de assistência

“[...] limpar o chão eu não dou conta [...]” (E5, viúva, 83 anos).

“A única coisa que eu preciso de ajuda é para lavar a roupa [...] o que eu não aguento é carregar muito peso.” (E12, viúva, 84 anos).

“Para lavar o azulejo aqui da cozinha [...] porque tem que subir na escada [...] tem que subir e passar a escova, principalmente perto do fogão, porque engordura [...] e depois tem que enxaguar, lavar o teto, secar [...]” (E31, viúva, 80 anos).

1.2. Assistência para mobilidade em atividades extradomiciliares

“[...] as pernas doem [...] Eu manco muito da perna [...] tem que pedir os outros para irem comigo [...] depender dos outros [...] não posso ir sozinha [a consulta médica], tem que arrumar companhia.” (E11, solteira, 84 anos).

“[...] preciso de ajuda para sair [...] minha perna não tem firmeza, aí tem que ir alguém comigo e só ando de carro, com Antônio [marido].” (E14, casada, 82 anos).

2. Quero ajuda, mas quem pode ajudar?

Frente à necessidade de assistência nas atividades instrumentais de vida diária, os entrevistados apontaram que o auxílio pode ser prestado por familiares e vizinhos, e também sinalizaram a possibilidade de pagar uma pessoa para desempenhar as tarefas.

2.1. Família: de onde vem à ajuda?

“Conto mais, para ajudar em casa, com a Pilar [filha] [...] para sair, ir até a venda buscar tudo [...] é a Sandra [filha].” (E5, viúva, 83 anos).

“Quem eu posso contar mesmo? Com eles [filhos] [...] com elas [filhas] todos eu posso contar, sabe?” (E20, casada, 80 anos).

“Ah [...] mais é com meu filho mesmo [...] que mora aqui perto de mim [...]” (E31, viúva, 80 anos).

Uma entrevista apontou dificuldade na obtenção do auxílio familiar:

“Eu tenho que chamar um neto ou um filho [...] mas todo mundo trabalhando, fica difícil [...]” (E7, viúva, 85 anos).

2.2. Ajuda expectante do vizinho

“Posso contar com a Gilce [...] é a minha amiga/vizinha [...] leva a caixa de leite para eu não pegar peso [...] ela tem carro. Ela compra, leva [...] e compra tudo que é pesado [...]” (E1, solteira, 91 anos).

[...] tenho vizinhos muito bons, se eu precisar [de ajuda], eu tenho. (E25, viúva, 80 anos).

[...] A minha vizinha, que mudou tem um ano, vinha e me ajudava quando eu precisava de alguma coisa [...] (E14, casada, 82 anos).

[...] qualquer vizinho ali que eu procurar, eles estão prontos me servir, porque lá onde a gente mora a gente já se conhecia há muitos anos. (E10, solteira, 83 anos).

2.3. Ajuda paga: é possível?

“Tem pessoas aqui por perto que trabalham como diarista, então no caso se estiver precisando muito e meus filhos não puderem vir, a gente pode chamar uma pessoa pra fazer o serviço [...]” (E19, viúva, 81 anos).

“Porque está muito difícil [...] Eu peço ajuda é sempre [...] às vezes, eu pago uma vizinha para me ajudar.” (E8, casada, 83 anos).

Duas entrevistadas apontaram a dificuldade financeira para pagar por ajuda:

“Ah, queria! Mas não posso pagar uma faxineira. (E8, casada, 83 anos).

“Era bom, mas não tenho como pagar, então, eu mesma vou fazendo devagar. Quando eu posso eu faço, quando num posso deixo sem fazer [...]” (E31, viúva, 80 anos).

Discussão

Os idosos, com 80 anos e mais, apontaram a necessidade de assistência do tipo assistiva, em forma de suporte físico ou de assistência total¹³, demandando, portanto, que outra pessoa realizasse partes ou toda a atividade por eles. Indicaram necessidade de auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, como arrumação da casa, e para mobilidade. As AIVD são consideradas atividades adaptativas, mais complexas, para uma vida independente, principalmente para idosos que vivem na comunidade¹⁹. As atividades apontadas pelos entrevistados, como lavar roupas e limpar o chão, demandam maior exigência física, uma vez que necessitam, por parte do idoso, força e equilíbrio para sua realização. A presença da dor no cotidiano dos idosos entrevistados, acrescida da exigência física da atividade, acarretou a demanda de assistência e implicações na estruturação da rotina.

Um estudo²⁰ realizado com 754 idosos residentes na comunidade, com média de 80 anos de idade, objetivou investigar a relação entre restrição causada pela dor nas costas e incapacidade para realização de ABVD e AIVD. Os autores apontaram que existe uma forte associação entre a restrição causada pela dor e a incapacidade para o desempenho de AIVD como fazer trabalhos domésticos, preparar refeições e fazer compras²⁰. Estes resultados estão em consonância com os do presente estudo, no qual os idosos apresentaram necessidade de assistência total nas referidas atividades.

Os idosos entrevistados relataram a necessidade de assistência para mobilidade em atividades extradomiciliares. A mobilidade demanda por parte dos idosos componentes específicos como: equilíbrio, coordenação motora, função dos membros inferiores e marcha independente²¹. Os entrevistados apontaram que diante da dor e das limitações que a mesma acarreta,

demandam a presença de alguém que ofereça assistência ao longo de alguns trajetos, como ir a uma consulta médica. No estudo de Makris *et al.*²², cujo a média de idade dos participantes foi de 80 anos, foi observado que a restrição causada pela dor nas costas está fortemente associada ao desenvolvimento e à persistência da limitação para mobilidade, resultando em dificuldade para andar, subir um lance de escada e levantar ou carregar peso.

Um estudo²³ com idosos suíços que viviam na comunidade, com idades que variavam de 65 a mais de 90 anos, objetivou investigar o efeito da dor lombar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. A presença de dor apresentou-se fortemente associado à limitação para mobilidade e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde. O estudo²³ também assinalou que os problemas de mobilidade são cinco vezes maiores em indivíduos que relatam ter dores todos os dias.

Os entrevistados do presente estudo admitiram a necessidade de assistência total para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária, e sinalizaram os membros da família, como esposa, filhos e sobrinhos, como possíveis provedores de assistência. Este resultado foi corroborado por um estudo²⁴ realizado na Islândia, cujo objetivo foi avaliar a distribuição do cuidado, formal ou informal, o tipo de cuidado e o principal cuidador informal da pessoa idosa. Os autores informaram que na maioria dos casos o cuidado é provido por familiares, principalmente para os idosos que necessitam de assistência para realização das atividades instrumentais de vida diária. Ressaltaram ainda que o status de coabitação aumenta a probabilidade de receber auxílio^{24,25}, resultado que foi também constatado no presente estudo. Cabe destacar que uma idosa, de 80 anos, apontou dificuldade na obtenção de auxílio familiar “[...] *mas todo mundo trabalhando, fica difícil [...]*”. No estudo de Giacomini e Firmino²⁶ os idosos relataram que não há garantias de cuidados na velhice por parte da família, e quando há, o cuidado nem sempre é o esperado¹⁰. Le Breton⁴ discute o *status* social da dor, no qual ela afeta as relações do indivíduo com as pessoas próximas negativamente.

Os idosos também informaram que na impossibilidade de receber assistência de um familiar, devido à ausência ou a falta de disponibilidade, contam com a ajuda dos vizinhos, sobretudo em situações como uma

emergência médica ou em auxílios relacionados à manutenção da casa, como fazer compras e carregar sacolas pesadas. Portanto, os vizinhos, segundo Chisholm *et al.*¹³, prestam uma assistência do tipo assistiva em forma de suporte físico ou assistência total. Diante dos relatos do presente estudo, os vizinhos se enquadram, segundo a proposta de classificação mencionada por Falcão e Bucher-Maluschke²⁷, como cuidadores terciários, ou seja, aqueles que auxiliam em situações específicas, por curto prazo de tempo e se envolve em tarefas como fazer compras ou pagar as contas.

Outra alternativa, adotada pelos entrevistados, foi pagar por ajuda contratando uma diarista ou uma vizinha, quando a família estava impossibilitada de prestar assistência. Lima-Costa *et al.*²⁸, em um estudo sobre o cuidado informal e remunerado a idosos com limitações funcionais, ressaltaram o predomínio de pagamento a um familiar ou a uma empregada doméstica, em detrimento do cuidador contratado.

Conclusão

Os resultados do presente estudo mostraram que idosos muito idosos, que sentem dor, demandavam assistência total para o desempenho das atividades instrumentais de vida diária e para mobilidade em atividades extradomiciliares. Os entrevistados contavam com o auxílio da família, dos vizinhos, e, na impossibilidade destes, uma alternativa foi buscar por ajuda paga. O conhecimento desses resultados poderá contribuir para que profissionais de saúde e cuidadores, formais e informais, ampliem a sua compreensão sobre as demandas dos idosos e o complexo processo de assistência, durante o desempenho das atividades cotidianas. E assim possam intervir considerando a subjetividade da dor e o amplo espectro de modalidades de assistência junto ao idoso muito idoso.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 a 2060 - Revisão 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

2. Camarano AA, Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.
3. Celich KLS, Galon, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., 2009 dec. ; 12(3): 345-359.
4. Le Breton D. Antropologia da Dor. Poleti ID, tradutora. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.
5. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): - abr; 64(2): 274-80.
6. Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2015; 26(Ed. Especial):1-49.
7. Alves LC, *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007 ago, 23(8):1924-1930.
8. Connolly D, Garvey J, McKee G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). Disability and Rehabilitation, 2016; 38(1): 809-816.
9. Araújo I, Paúl C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):869-75.
10. Martins JJ, Borges M, Silva RM, Erdmann AL, Nascimento ERP. O processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):96-103.
11. Pickard L, Wittenberg R, King D, Malley J, Comas-Herrera A. Informal care for older people provided by their adult children: projections of supply and demand to 2041 in England. London: Personal Social Services Research; 2008 [citado 2016 fev 25]. (PSSRU Discussion Paper, 2515). Disponível em: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2515.pdf>
12. Rogers JC, Holm BM, Burgio LD, Granieri E, Hsu C, Hardin M, McDowel BJ. Improving Morning Care Routines of Nursing Home Residents with Dementia. J Am Geriatr Soc. 1999 Sep;47(9):1049-57.

13. Chisholm D, Toto P, Raina K, Holm M, Rogers J. Evaluating capacity to live independently and safely in the community: Performance Assessment of Self-care Skills. *Br J Occup Ther.* 2014 Feb; 77(2): 59–63.
14. Scheele J, *et al.* Back Complaints in the Elders (BACE): design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011 Aug 19;12:193.
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,* 2011 fev, 27(2): 389-394.
16. Cabral BPAL, Pereira LSM, Assis MG. Percepção de idosos muito idosos sobre a dor na realização das atividades diárias. 2017. 52f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. Reto LA, tradutor. São Paulo: Edições 70, 2011.
19. Gonçalves SX, De Brito GEG, De Oliveira EA, De Carvalho DB, Rolim IB, Lucena EMF. Capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa, PB. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2011;15(3):287-94.
20. Makris UE, Weinreich MA, Fraenkel L, Han L, Leo-Summers L, Gill TM. Restricting Back Pain and Subsequent Disability in Activities of Daily Living Among Community-Living Older Adults. *J Aging Health.* 2017 Sep 1:898264317721555.
21. Aveiro MC, Driusso P, Barham EJ, Pavarini SCI, Oishi J. Mobility and the risk of falls among elderly people of the community of São Carlos. *Cien Saude Colet.* 2012 Sep;17(9):2481-8.
22. Makris UE, Fraenkel L, Han L, LeoSummers L, Gill TM. Restricting back pain and subsequent mobility disability in community-living older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Nov;62(11):2142-7.

23. Ludwig C, Luthy C, Allaz AF, Herrmann FR, Cedraschi C. The impact of low back pain on health-related quality of life in old age: results from a survey of a large sample of Swiss elders living in the community. *Eur Spine J*. 2018 May;27(5):1157-1165.
24. Sigurdardottir HS, Kåreholt I. Informal and formal care of older people in Iceland. *Scand J Caring Sci*. 2014 Dec;28(4):802-11.
25. Aguiar ARSA, Ribeiro-Samora GA, Pereira LSM, Godinho LB, Assis MG. Disability in older adults with acute low back pain: the study *Back Complaints in the Elderly* – (Brazil). *Braz J Phys Ther*. 2017 Sep-Oct; 21(5): 365–371.
26. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015, vol.20, n.12, pp.3631-3640.
27. Falcão DVS, Bucher-Maluschke JSNF. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicol. estud.* vol.14 no.4 Maringá Oct./Dec. 2009. p. 777-786.
28. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 1:6s

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento da população de idosos tem se apresentado expressivamente nas últimas décadas. No Brasil, o contingente de idosos muito idosos cresce de forma ainda mais acentuada. Tais fatos estão diretamente associados à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida, e consequente aumento da expectativa de vida.

Com o aumento da população de idosos e da expectativa de vida, o perfil epidemiológico também é alterado, com destaque para o predomínio de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis que podem apresentar a dor como característica comum. A dor pode levar o idoso à incapacidade funcional e à constante necessidade de assistência para realização de suas atividades rotineiras. Dessa forma, é necessário entender como o idoso, que sente dor, realiza as atividades de vida diária, em seu contexto social e cultural.

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 seus resultados mostram a percepção de idosos muito idosos, possibilitando a compreensão sobre a necessidade de assistências nas atividades de vida diária em seu cotidiano.

Portanto, a divulgação destes resultados poderá contribuir para expansão da assistência aos idosos muito idosos que sentem dor, além de possibilitar a criação de novas políticas públicas relacionadas à assistência a este segmento da população idosa.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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**. 2007; 23(8): 1924-1930.

AOTA - Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2015; 26(Ed. Especial):1-49.

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(4):869-75.

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

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 Enferm**. 2010; 19(2): 283-90.

CABRAL, B.P.A.L. **Percepção de idosos muito idosos sobre a dor na realização das atividades diárias**. 2017. 52f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

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

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]. 2009; 12(3): 345-360.

CHISHOLM, D.; TOTO, P.; RAINA, K.; HOLM, M.; ROGERS, J. Evaluating capacity to live independently and safely in the community: Performance Assessment of Self-care Skills. **Br J Occup Ther**. 2014 Feb; 77(2): 59–63.

CONNOLLY, D.; GARVEY, J.; MCKEE, G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Disability and Rehabilitation**, 2016; 38(1): 809-816.

DELLAROZA, M., *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2008, 54: 36-41.

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. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(1):7-20.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2005;17(5-6):370-8.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011 fev, 27(2):389-394.

GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015; 20(12):3631-3640.

IASP - Associação Internacional para Estudos da Dor. **Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** Prepared by the International Association for the Study of Pain, subcommittee on taxonomy. IASP, 1986.

_____. **Taxonomy.** IASP. Atualização de 22 de Maio de 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dinâmica demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998 – 2008.** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Perfil dos Municípios Brasileiros.** IBGE, 2012.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000 a 2060 – Revisão 2013.** Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

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

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; MALTA, D.C.; SZWARCOWALD, C.L.; MAMBRINI, J.V.M. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev Saude Publica.** 2017;51 Supl 1:6s

MARTINS, J.J.; BORGES, M.; SILVA, R.M.; ERDMANN, A.L.; NASCIMENTO, E.R.P. O processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. **Cogitare Enferm.** 2011 Jan/Mar; 16(1):96-103.

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.** 2a ed. Seattle: IASP Press, 1994. p. 207-214.

MILLIÁN-CALENTINI, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and geriatrics**. 2010.50:306-310.

MINATTI, S.P. O psicanalista no tratamento da dor. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** 2012; 15(4):825-837.

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

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World report on ageing and health (Relatório mundial do envelhecimento e saúde)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PICKARD, L.; WITTENBERG, R.; KING, D.; MALLEY, J.; COMAS-HERRERA, A. Informal care for older people provided by their adult children: projections of supply and demand to 2041 in England. London: Personal Social Services Research; 2008 [citado 2016 fev 25]. (PSSRU Discussion Paper, 2515). Disponível em: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2515.pdf>

REIS, L.A.; TORRES, G.V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): - abr; 64(2): 274-80.

ROGERS, J.C.; HOLM, B.M.; BURGIO, L.D.; GRANIERI, E.; HSU, C.; HARDIN, M.; MCDOWEL, B.J. Improving Morning Care Routines of Nursing Home Residents with Dementia. **J Am Geriatr Soc**. 1999 Sep;47(9):1049-57.

ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Públ.** 2003 [cited 2015 Jan 21];37(1):40-8.

SCHEELE, J., *et al.* Back Complaints in the Elders (BACE): design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskeletal Disorders**. 2011; 12(193).

SOLE-AURÓ, A.; CRIMMINS, E.M. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. **Ageing Soc**. 2014;34(3):495-517.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** 2005;39(3):507-14

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). **World Population Ageing**, 2015

U.S. Census Bureau 2010, **Census of Population and Housing, Population and Housing Unit Counts**. CPH-2-1, United States Summary U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2012

APÊNDICE I

Entrevista

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

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 você pensa (vem 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 você 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

Mini Currículo

FAUSTO HENRIQUE DIAS

Dados Pessoais:

Data de nascimento 17/05/1989

Sexo: masculino

Local: Belo Horizonte/Minas Gerais

Estado civil: solteiro

Endereço: Rua Henrique Burnier, nº 361, apto 403 – Grajaú – Belo Horizonte/MG

CEP: 30431-202

Telefone: (31) 3458-4129

Celular: (31) 98703-3165

Email: faustohd@gmail.com; faustohd_bh@hotmail.com

Experiência Profissional

Experiência na área de terapia ocupacional em gerontologia (reabilitação cognitiva e funcional), terapia de mão e do membro superior (ortopedia, reumatologia e neurologia) e confecção de orteses personalizadas em material termomoldável.

- 1) Terapeuta Ocupacional na instituição de longa permanência para idosos “Vila Vivaz – Lar para Idosos” (Atual)
- 2) Terapeuta Ocupacional no Hospital Risoleta Tolentino Neves, atuando em Unidade Clínica e Cirúrgica Vascular. Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com área ênfase em Saúde do Idoso. (Atual)
- 3) Terapeuta Ocupacional na empresa de home care “CaptaMed” (2016-2017) – atendimento de crianças, adultos e idosos em internação domiciliar, assistência domiciliar e gestão de casos.

Formação Acadêmica:

- 1) Bacharel em Terapia Ocupacional – Universidade Federal de Minas Gerais. 2009-2013.
- 2) Residência Multiprofissional com área ênfase em Saúde do Idoso pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves – UFMG. 2014-2016
- 3) Mestrando em Ciências da Reabilitação pela Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Linha de pesquisa: Saúde e Reabilitação no idoso.
- 4) Especializando em Terapia de Mão do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Experiência Docente:

- 1) Preceptor de Terapia Ocupacional em dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde: Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Risoleta Tolentino Neves (RMS/HRTN) da Fundação de

Desenvolvimento em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (FUNDEP/UFMG) - 2 vagas anuais em Saúde do Idoso; Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Hospital Municipal Odilon Behrens – 2 vagas anuais em Saúde do Idoso e em Urgência, Emergência e Trauma.

- 2) Co-orientador no Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional, área de concentração Saúde do Idoso, do Hospital Risoleta Tolentino Neves, intitulado: “Perfil cognitivo e Funcional de idosos com doenças arteriais periféricas em acompanhamento pela Terapia Ocupacional em um Hospital de Universitário: um estudo transversal”, apresentado pela Terapeuta Ocupacional Residente, Marcela Vilela Barros Ferreira, em 05 de fevereiro de 2018.
- 3) Colaborador na disciplina DTO055 “Intervenções em Terapia Ocupacional III” da graduação em Terapia Ocupacional no dia 07 de abril de 2017 ministrando a aula de 04 (quatro) horas intitulada “Abordagem de Terapia do Movimento de Brunnstrom”
- 4) Membro da Banca de Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional, área de concentração Saúde do Idoso, do Hospital Risoleta Tolentino Neves, Intitulado: “Reinternação de Idosos após Acidente Vascular Encefálico em Hospital de Universitário de Belo Horizonte”, apresentado pela terapeuta ocupacional residente, Alessandra Prado Rezende, em 20 de fevereiro de 2017.

Formação Complementar:

- 1) Curso preparatório para administração da Bateria Loewenstein de Avaliação Cognitiva Dinâmica para Terapeutas Ocupacionais – DLOTCA, ministrado pela Terapeuta Ocupacional Beatriz Bittencourt Granjo e organizado por Terapia Ocupacional em destaque, no período de 24 a 25 de fevereiro de 2018. Carga horária de 16h.
- 2) Curso de Anatomia aplicada à terapia de Mão, realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 19 de maio de 2017. Carga horária de 6 h/a.
- 3) Curso de Capacitação de Órteses em Membros Superiores: Módulo de Cotovelo, realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 26 e 27 de Agosto de 2016. Carga horária de 14 h/a.
- 4) Curso de Capacitação de Órteses em Membros Superiores: Módulo de Dedos e Polegar, realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 08 e 09 de Junho de 2016. Carga horária de 14 h/a.
- 5) Curso de Capacitação de Órteses em Membros Superiores: Módulo de Punho, realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 10 e 11 de Maio de 2016. Carga horária de 14 h/a.

- 6) Mini-curso Reabilitação em AVC, realizado no X Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares, realizado em Belo Horizonte/MG, no Minascentro, no período de 14 a 17 de outubro de 2015, cumprindo uma carga horária de 4 horas.
- 7) Curso “Geriatría Aplicada à Prática Clínica: Uma Mudança de Paradigma”, promovido pelo Núcleo de Geriatría e Gerontologia da UFMG e o Centro de Referência do Idoso Prof. Caio Benjamim Dias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. Carga horária de 136h/a.
- 8) Certificação profissional no Método Pilates concluindo o curso livre The Pilates Training Professional. 2013. Carga horária de 100h/a.

Resumos publicados em Anais de Congressos:

- 1) Implantação do serviço de Terapia Ocupacional em um Centro de Terapia Intensiva (CTI): processo de avaliação e intervenções – In XI Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional. 24 a 27 de Outubro de 2016 - Fabrica de Negócios do Hotel Praia Centro Fortaleza - Ceará - Brasil (Apresentação oral de tema livre).
- 2) Composição do processo de avaliação de idosos com declínio funcional em Terapia Ocupacional num Hospital da Rede de Urgência e Emergência (RUE) - In XI Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional. 24 a 27 de Outubro de 2016 - Fabrica de Negócios do Hotel Praia Centro Fortaleza - Ceará - Brasil (Apresentação oral de tema livre).
- 3) Perfil de pacientes atendidos pela terapia ocupacional no pronto atendimento de um hospital de ensino de urgência e emergência – In XI Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional. 24 a 27 de Outubro de 2016 - Fabrica de Negócios do Hotel Praia Centro Fortaleza - Ceará - Brasil (Apresentação de Pôster).
- 4) Hospitalização de uma idosa frágil: um relato de caso da intervenção terapêutica ocupacional. In VIII Congresso de Geriatría e Gerontologia de Minas Gerais. 2015
- 5) Intervenção da terapia ocupacional em idoso com fratura do anel pélvico em internação hospitalar - estudo de caso. In VIII Congresso de Geriatría e Gerontologia de Minas Gerais. 2015
- 6) Sobrecarga de cuidadores de idosos submetidos à amputação de membro inferior durante internação hospitalar. In VIII Congresso de Geriatría e Gerontologia de Minas Gerais. 2015
- 7) Intervention of occupational therapy with the patient post-cerebrovascular accident (Stroke) in the Intensive Care Unit (ICU). In X Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares – AVC 2015.
- 8) The perceptual and sensory stimulation and mobility for disease prevention and restoration capabilities in the Intensive Care Unit (ICU). In X Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares – AVC 2015.