



Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em Idosos acompanhados em Consulta da Dor

Inês dos Santos Gomes

Orientador

Professor Adjunto Vítor Manuel Barreiros Pinheira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Adjunto Vítor Manuel Barreiros Pinheira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Agosto de 2017

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Professor da Escola Superior de Educação João de Deus em Lisboa (Arguente)

Professor Vítor Manuel Barreiros Pinheira

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco (Orientador)

"O homem é o homem e a sua circunstância"

(Ortega y Gasset)

Agradecimentos

Porque o caminho se faz caminhado e ganha outro sentido se for partilhado e feito com a ajuda de outros, não podia deixar de agradecer às pessoas que me acompanharam e tornaram este percurso viável, estimulante e prazeroso.

Em primeiro lugar, agradecer ao meu Orientador de há vários anos Professor Vítor Manuel Pinheira, por toda a sua disponibilidade, espírito crítico e incentivo, não só agora, mas ao longo dos últimos 16 anos.

Agradecer ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira e da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, por permitirem a realização desta investigação.

À directora da Unidade de Dor Crónica e de Medicina Paliativa do Hospital Amato Lusitano, Dr^a Isabel Duque Martins, por todo o seu interesse e disponibilidade desde que este tema era ainda um esboço e toda a colaboração ao longo da sua realização. Foi verdadeiramente importante. Estendo o agradecimento à restante equipa, em particular à Enfermeira Ana Paula e Enfermeira Ângela, que prestam apoio às consultas.

Agradeço à Dr.^a Maria de Lourdes Borges Fernandes, directora do Serviço de Medicina Paliativa do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela sua disponibilidade na realização deste trabalho.

À aluna Ana Sofia Rodrigues, aluna do curso de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias, pela colaboração fundamental na aplicação de questionários.

Agradecer à Dr.^a Rosa Saraiva e à Márcia Ascensão do Gabinete de Investigação e Inovação do CHCB pelo auxílio e esclarecimento no preenchimento da documentação necessária e na recolha de documentos bibliográficos.

Aos meus colegas de serviço, que facilitaram todo o processo de recolha de dados, permitindo as minhas ausências.

Aos meus familiares, especialmente aos meus Pais e ao João pela compreensão, incentivo e paciência ao longo dos dois últimos anos; são a minha base e o meu suporte.

Por último, aos elementos mais importantes deste processo: todas as pessoas que consentiram a sua participação. É por eles e para eles que este projecto aconteceu.

Estou verdadeiramente Grata a todos.

Resumo

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações ao nível físico, emocional e social. A dor, a incapacidade funcional, a solidão, assim como, as alterações da estrutura e funcionalidade familiar, são determinantes para a saúde física e mental do idoso e do seu bem-estar. Este estudo transversal observacional decorreu entre Março e Junho de 2017 e incluiu 59 idosos acompanhados em Consulta da Dor, de causa oncológica e não oncológica, do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. Tem por objetivo verificar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional por Dor, a Solidão e a Funcionalidade Familiar, em idosos acompanhados em Consulta da Dor. Para o efeito, os participantes preencheram um questionário de caracterização sociodemográfica, Questionário Breve de Estado Mental, Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, Escala de Solidão da UCLA e APGAR Familiar. Os resultados foram de acordo com as hipóteses inicialmente formuladas e revelaram que a consulta da dor era mais procurada por mulheres e as suas queixas são maioritariamente de origem não oncológica. As dores de origem oncológica são em maior número referidas por indivíduos do género masculino. O Índice de Incapacidade relacionada com a dor mostrou que as responsabilidades domésticas e familiares são as mais comprometidas pela dor e são as mulheres quem apresenta um maior compromisso da sua capacidade funcional por dor. A solidão foi superior nos solteiros e nos que vivem com outros familiares e menor nos que vivem em instituições. Mostrou estar correlacionada com a idade e com o número de filhos. A funcionalidade familiar não registou diferenças entre os géneros; foi maior nos casados, nos que vivem no meio rural e nos que vivem acompanhados com o cônjuge e os filhos. Os indivíduos com doenças oncológicas apresentaram menor funcionalidade familiar. A dimensão do questionário onde os inquiridos referiram estar mais satisfeitos foi a Adaptação e menos satisfeitos no Companheirismo e Capacidade Resolutiva.

Palavras chave

Idosos, Dor, Incapacidade Funcional, Solidão, Funcionalidade familiar.

Abstract

The aging process is characterized by physical, emotional and social changes. Pain, functional disability, loneliness, as well as alterations in family structure and functionality, are decisive for the physical and mental health of the elderly and their well-being. This observational cross-sectional study ran between March and June 2017 and included 59 elderly patients who were followed at the Amato Lusitano Hospital in Castelo Branco. It aims to verify the relationship between Chronic Pain, Pain-Related disability, Loneliness and Family Functionality, in the elderly accompanied in Pain Consultation. For this purpose, the participants completed a sociodemographic characterization questionnaire, Short Portable Mental Status Questionnaire, Pain Disability Index, UCLA Loneliness Scale, and Family APGAR. The results were in accordance with the hypotheses initially formulated and revealed that the consultation of the pain was more sought by women and their complaints are mainly of non-oncological origin. The pain of oncological origin is in greater number referred by male individuals. The Pain Disability Index showed that domestic/family responsibilities are the most affected by pain and that women have a greater commitment of their functional capacity due to pain. Loneliness was higher in singles and in those living with other relatives and smaller in those living in institutions. It was correlated with age and number of children. Family functionality was similar across genders; was greater in married couples, those living in rural areas and those living with their spouses and children. Individuals with oncological diseases had less familiar functionality. The dimension of the questionnaire where respondents said they were more satisfied was the Adaptation and less satisfied in Fellowship and Resilience.

Keywords

Elderly, Pain, Functional Disability, Loneliness, Family Functionality.

Índice geral

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Contexto Demográfico e Social	3
2. Envelhecimento e Dor	7
3. Capacidade Funcional	18
4. Funcionalidade Familiar	19
5. Solidão	24
CAPITULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA	30
1. Problema	30
2. Objetivos	31
3. Hipóteses	31
4. Material e Métodos	32
5. Apresentação e Análise dos Resultados.....	36
CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
CAPITULO IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	56
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	67
ANEXO 1 - Autorização do Conselho de Administração da ULSCB e do CHCB	69
ANEXO 2 - Consentimento Livre e Informado	75
ANEXO 3 - Autorização dos Autores para utilização dos Instrumentos Validados para a População Portuguesa	85
ANEXO 4 - Instrumentos de Avaliação utilizados na Investigação	93

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Proporção de Jovens (a) e Idosos (b) em Portugal em 2014, na UE28	4
Gráfico 2 - Pirâmides etárias, Centro, 2010, 2015 e 2060 (projeções, cenário central)	4

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de Abordagem Biopsicossocial da Dor	13
Figura 2 - Modelo do Medo-Evitância ou <i>Fear-Avoidance</i>	14
Figura 3 - Modelo de Discrepância de Solidão de Peplau e Perlman	25

Lista de tabelas

Tabela 1 - Variações Demográficas na Região Centro e no Município de Castelo Branco, entre 1960 e 2011	5
Tabela 2 - Variações Demográficas na Região Centro e Município de Castelo Branco, de acordo com o estado civil.....	5
Tabela 3 - Dados dos Censos Sénior 2015-2017.....	6
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra	36
Tabela 5 - Caracterização Residencial e Familiar da Amostra	37
Tabela 6 – Características Clínicas da Amostra.....	38
Tabela 7 - Distribuição da Origem da Dor por Género.....	39
Tabela 8 - Intensidade da Dor.....	39
Tabela 9 - Distribuição da Intensidade da Dor	40
Tabela 10 – Tempo em Consulta da Dor e Número de Comorbilidades	41
Tabela 11 – Categorias no Questionário Breve de Estado Mental	42
Tabela 12 - Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor.....	42
Tabela 13 - Escala de Solidão da UCLA.....	43
Tabela 14 – Categorias no APGAR Familiar	43
Tabela 15 - Dimensões do APGAR Familiar	44
Tabela 16 - Distribuição da Funcionalidade Familiar	45

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNOD – Centro Nacional de Observação em Dor

DCNO – Dor Crónica Não Oncológica

DGS – Direção Geral de Saúde

ESALD – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

GNR – Guarda Nacional Republicana

IASP - International Association for the Study of Pain

IRCD – Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDI – Pain Disability Index

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

S/D – Sem dados

UDCMP - Unidade de Dor Crónica e de Medicina Paliativa

UE28 - 28 países da União Europeia

ULCA - University of California, Los Angeles

ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Introdução

O processo de envelhecimento caracteriza-se pela alta incidência de problemas de saúde, como é o caso de doenças crónicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevados níveis de dependência (Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007).

Segundo Dahlgren e Whitehead, 2007, o estado de saúde dos indivíduos é influenciada por diversos factores: em primeiro lugar por factores como a idade, o género e a herança genética, seguidos dos padrões de comportamento e os factores individuais. Posteriormente o estrato social e os recursos económicos, juntamente com os determinantes mais alargados como as redes sociais, os ambientes de trabalho e habitacional, a educação, etc. Por fim, o ambiente sócio-económico, político e cultural da sociedade em geral (Dahlgren & Whitehead, 2007).

A dor persistente é comum entre a população idosa. Trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante de estímulos sensoriais ou lesões neurológicas e modificado por memória individual, expectativas e emoções, geralmente associada a lesão ou a um processo fisiopatológico (AGS, 2002). É um problema que afecta diariamente milhares de pessoas em todo o mundo e segundo International Association for the Study of Pain (IASP), é uma das razões que mais leva à procura dos cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente e antiga da história da Medicina.

A dor é considerada crónica quando existe há 3 meses ou mais ou, quando persiste além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem (aDGS, 2008). É comum entre as pessoas idosas e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida, estando frequentemente associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, constituindo um grave problema de saúde pública (DGS, 2010). Pode levar ao isolamento e em virtude do declínio físico, pode haver um aumento da necessidade de apoio e dependência de uma terceira pessoa, geralmente membro do agregado familiar (Gratão, et al., 2013). Além de ter um forte impacto no indivíduo, é uma doença eminentemente social que afecta os familiares próximos, amigos e vizinhos (problemas conjugais, diminuição de actividades familiares, incompreensão dos familiares, conflitos familiares, falta de adaptação ou tolerância dos membros da família) (Lumley, et al., 2011).

A determinação das necessidades em saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, em particular da população idosa, reveste-se de particular importância como meio de adequação das políticas de saúde e de otimização dos recursos (Ferreira, Antunes & Rodrigues, 2012).

O reconhecimento da problemática da dor crónica nos idosos, particularmente enquanto profissional de saúde, foi a base para o desenvolvimento desta investigação, procurando contribuir para o encontro de estratégias e soluções que promovam uma melhor qualidade de vida dos idosos, assim como das suas famílias.

O presente estudo tem por base a perspectiva biopsicossocial da dor crónica, que sugere a existência de uma relação entre mudanças biológicas, estado psicológico e contexto social. Teve lugar no concelho de Castelo Branco e foi dirigido para os idosos que são acompanhados em Consulta da Dor, seja ela de causa oncológica ou não oncológica.

Definiu-se como objetivo geral da investigação avaliar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional por Dor, a Funcionalidade Familiar e a Solidão, em idosos acompanhados em Consulta da Dor. Especificamente procurou-se caracterizar sociodemograficamente os idosos que aceitaram participar no estudo; avaliar a sua dor quanto à intensidade e localização; avaliar e caracterizar a Incapacidade Funcional pela dor, a Funcionalidade Familiar e a Solidão e, avaliar as relações entre a intensidade da dor, a Incapacidade Funcional, a Funcionalidade Familiar e a Solidão.

O trabalho encontra-se dividido em 4 capítulos. O Capítulo I é composto pelo enquadramento da temática através da revisão bibliográfica. Segue-se o Capítulo II com a definição do plano de investigação e metodologia, com o problema de investigação, os objetivos, hipóteses, materiais e métodos utilizados e apresentação e análise dos resultados. Os resultados são discutidos no Capítulo III, seguido das conclusões, limitações do estudo e recomendações futuras no Capítulo IV.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Contexto Demográfico e Social

O homem é um ser biopsicossocial, que interage entre si desde os primeiros momentos de vida; começou por viver em grupo, foi-se desenvolvendo e foi mais tarde na família, que encontrou a satisfação das suas necessidades afectivas (Figueiredo, 2013).

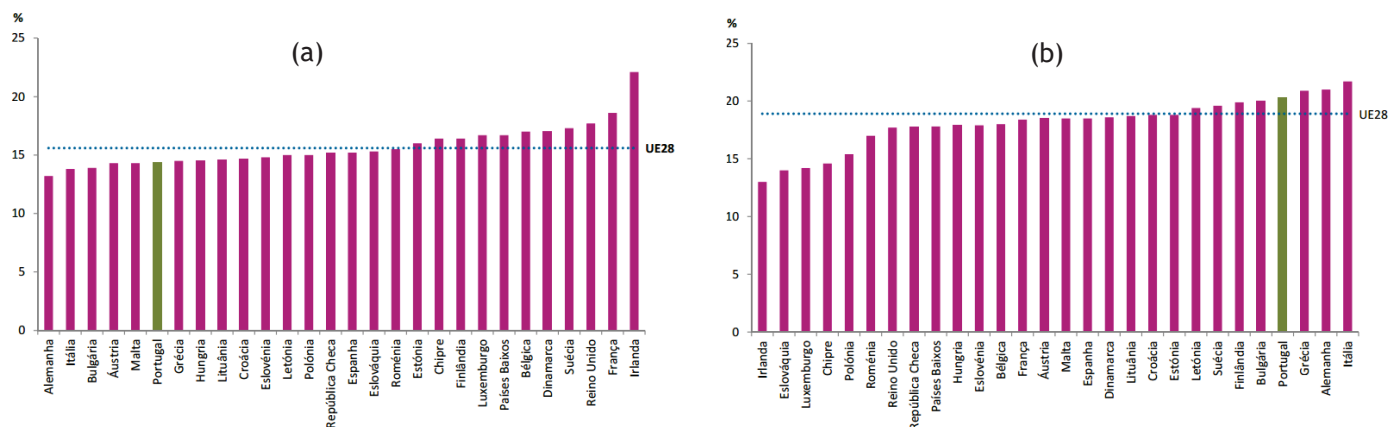
As descobertas farmacológicas, a melhoria das condições de vida e o aumento do nível cultural provocaram um aumento exponencial do número de pessoas idosas e com uma esperança média de vida superior (Moreira, 2010). Assiste-se a um envelhecimento demográfico com a passagem de um modelo marcado por valores de fecundidade e mortalidade elevadas, para um modelo com diminuição do número de jovens e aumento do número de idosos (Freitas, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento” (Andrade & Martins, 2016).

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa, marcada por um aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo de jovens e pessoas em idade ativa. Segundo os dados disponibilizados pelo Eurostat, entre 2009 e 2014, no conjunto dos 28 países da União Europeia (UE28), o decréscimo da população jovem foi de 15,7% para 15,6% (0,1%), o decréscimo da população em idade ativa de 66,8% para 65,5% (1,3%), e o aumento da população idosa de 17,5% para 18,9% (1,4%) (INE, 2016).

Portugal não é excepção; em consequência da queda da natalidade, do aumento da longevidade e do aumento da emigração, assiste-se a uma tendência semelhante de envelhecimento demográfico. No contexto europeu, é um dos países que observa um maior envelhecimento demográfico. Entre 2010 e 2015 a proporção de jovens, face ao total de população residente, passou de 15,1% para 14,1% (menos 134 341 jovens), ao invés da população idosa, que aumentou 2,0% (mais 164 402 idosos) (Gráfico 1) (INE, 2016). No mesmo período, o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2016).

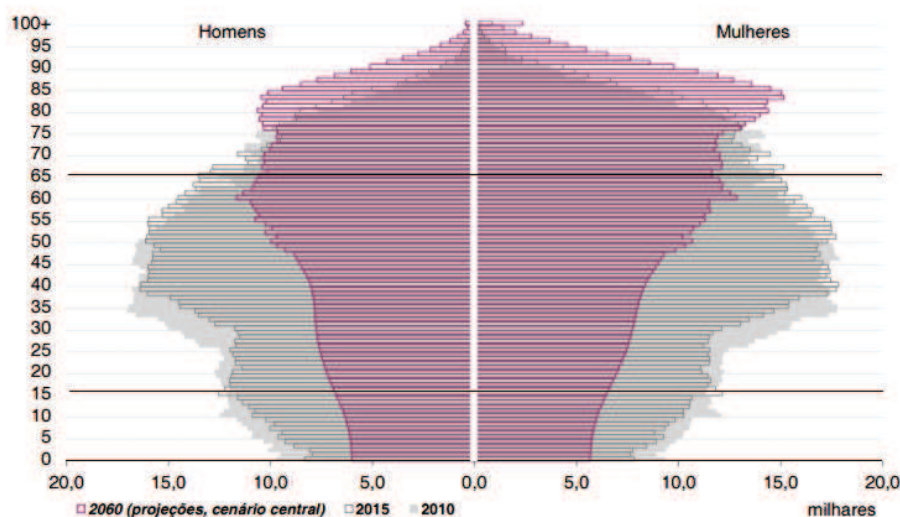
Gráfico 1 - Proporção de Jovens (a) e Idosos (b) em Portugal em 2014, na UE28



Fonte: Adaptado de INE, 2016, pp. 37-38

Na região Centro, o índice de envelhecimento aumentou de 156 para 183 entre 2010 e 2015, podendo atingir os 352 idosos por cada 100 jovens até 2060 (Gráfico 2) (INE, 2016).

Gráfico 2 - Pirâmides etárias, Centro, 2010, 2015 e 2060 (projeções, cenário central)



Fonte: INE, 2016, p. 34

Na Região Centro e no Município de Castelo Branco, também se registam variações demográficas, que se encontram esquematizadas na Tabela 1 e 2, com base nos Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Tabela 1 - Variações Demográficas na Região Centro e no Município de Castelo Branco, entre 1960 e 2011

		Região Centro		Município Castelo Branco	
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
População Residente	1960	1.166.696	1.268.238	30.141	32.950
	2011	1.111.263	1.216.492	26.661	29.448
Índice de Envelhecimento	1960	27,3%		36,5%	
	2011	127,8%		187,9%	
Índice de Longevidade	1960	34,8%		33,1%	
	2011	49,9%		52,4%	
População >65 anos	1960	92.285	132.261	2.554	3.466
	2011	220.317	301.433	5.650	7.706

Fonte: Adaptado de Censos 2011

Tabela 2 - Variações Demográficas na Região Centro e Município de Castelo Branco, de acordo com o estado civil

		Solteiros	Casados	Viúvos	Divorciados
Região Centro	1960	1.234.963	1.062.196	134.261	3.514
	2011	857.326	1.157.494	195.331	117.604
Município Castelo Branco	1960	29.698	29.989	3.351	53
	2011	19.728	28.565	4.967	2.849

Fonte: Adaptado de Censos 2011

Pela análise dos dados, verifica-se que a região Centro e em particular o Município de Castelo Branco, têm vindo a registar um decréscimo na população residente, entre os anos de 1960 e 2011.

Apesar da diminuição da população residente, houve um aumento do número de idosos na região Centro e no Município de Castelo Branco, sendo a população feminina superior à masculina.

Trata-se de uma região e de um município marcados por um aumento significativo do índice de Envelhecimento, em 100,5% e 151,4%, respectivamente, assim como do índice de Longevidade de 15,1% e 19,3%.

Na Região Centro verifica-se ainda, entre os anos de 1960 e 2011, uma diminuição da população solteira, um aumento da população casada, dos viúvos e divorciados. No Município de Castelo Branco, diminuíram os solteiros e casados, aumentaram também os viúvos e divorciados.

A Guarda Nacional Republicana (GNR) realiza desde 2015, os Censos Sénior, procurando identificar os idosos que, a nível nacional, vivem sozinhos e isolados ou em situação de vulnerabilidade. Os dados recolhidos no ano de 2015, 2016 e 2017, estão representados na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados dos Censos Sénior 2015-2017

Idosos:	2015	2016	2017
Que vivem sozinhos	23 996	26 000	28 279
Que vivem isolados	5205	4626	5124
Que vivem sozinhos e isolados	3288	3085	3521
A viver em situação de vulnerabilidade	6727	9611	8592
Total de idosos residentes em Portugal	2.122.996	2.158.732	s/d

Fonte: Adaptado de Censos Sénior 2015, 2016 e 2017

O envelhecimento demográfico é considerado pela ONU, uma história de sucesso demográfico (ONU, 2015). A diminuição da mortalidade infantil, a melhoria e facilidade de acesso à educação e oportunidades de emprego, o avanço da igualdade de género, a promoção da saúde reprodutiva e o acesso ao planeamento familiar, contribuíram para a redução das taxas de natalidade. Na verdade, a causa imediata do envelhecimento da população é o declínio da fertilidade (ONU, 2015). Ao mesmo tempo, os avanços ao nível dos cuidados de saúde, assim como a melhoria das condições de vida, contribuíram para que as pessoas vivam por mais tempo e possam ser mais saudáveis do que nunca, particularmente em idades avançadas (ONU, 2015).

A sociedade vê-se confrontada com a necessidade de alterações e adaptações em todos os níveis, sendo que o desafio da velhice bem-sucedida deverá reunir três

condições: reduzida probabilidade de doenças, em particular as que levam à perda de autonomia; manutenção de elevado nível funcional no plano físico e cognitivo (velhice ótima); conservação do empenhamento social e bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000, citado por Freitas, 2001).

Factores ambientais e sociais poderão assim, ser utilizados como preditores de estado de saúde, autonomia funcional e cognitiva, bem-estar e satisfação no envelhecimento (Moreira, 2010).

2. Envelhecimento e Dor

O envelhecimento faz parte de um processo fisiológico normal, que ocorre e se manifesta ao nível das moléculas, células, tecidos, órgãos e sistemas do organismo (Hacihasanoglu, Yildirim, & Karakurt, 2012).

A dor pode constituir um sinal de alerta de que algo está mal no organismo humano, mas também, pode ser uma doença em si (European Federation of Iasp Chapters, 2001). É definida como uma *“experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”* (Jamison & Edwards, 2012, p. 2) e constitui, segundo a IASP, uma das razões que mais leva à procura de cuidados de saúde.

No homem primitivo, as doenças dolorosas eram atribuídas à magia, demónios ou espíritos e o seu tratamento, resumia-se ao uso de amuletos e feitiçarias para apaziguar ou eliminar os demónios que causavam a dor. A perspectiva filosófica começou a ser afastada, quando os fisiologistas começaram a manifestar o seu interesse pelo conceito, surgindo o modelo biomédico, focado nas causas biológicas da dor, afastando a dimensão afectiva e influência da interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais (Matos, 2012).

Mais recentemente, o modelo biopsicossocial da dor relaciona os factores biológicos, psicológicos e sociais nas diferenças individuais na dor. É importante reconhecer que a sensação de dor é uma experiência pessoal multifatorial que não pode ser medida objetivamente.

A percepção de dor resulta de complexas interações entre variáveis biológicas: género e hormonas gónadas, genética, vias do circuito da dor e variações no sistema nervoso central, e variáveis psicossociais: depressão, ansiedade, factores culturais e sociais, expectativas e importância que se dá à dor em si (Hurley & Adams, 2008; Palmeira, Ashmawi, & Posso, 2011). Outras variáveis psicossociais, como crenças sobre a dor, estratégias de *coping* e auto-eficácia, também parecem ser distintas entre género e têm sido propostas para mediar resultados de dor (Stubbs et al., 2010).

Trata-se de uma experiência multidimensional, com impacto físico, social, mental, emocional e espiritual, que afeta as atividades diárias, podendo prejudicar significativamente o desempenho de responsabilidades sociais e na vida familiar e afetar negativamente a saúde psicológica e qualidade de vida (Crawford et al., 2016).

2.1. Dor Crónica Não Oncológica

A dor é a queixa principal do ser humano e o sintoma mais frequente nas anamneses. No idoso é muito frequente e estima-se que 50% dos idosos sofra de dor crónica e que esta percentagem atinja os 80% em idosos internados (DGS, 2010).

A idade avançada foi identificada como a característica associada a diferentes manifestações de dor crónica (Corran, Farrell, Helme, & Gibson, 1997). Conhecida por ser altamente prevalente em pessoas idosas, os dados sugerem que ela é “sub-tratada” e “sub-estimada” nesta faixa etária. A natureza e extensão das diferenças da dor crónica nos idosos permanecem desconhecidas, no entanto, a consciência de tais diferenças, torna-se importante na avaliação e tratamento da dor nessa faixa etária (Cook & Chastain, 2001; Herr, 2011).

A dor é considerada crónica, quando passa de um simples alerta, para uma condição que se prolonga no tempo, posteriormente a uma lesão ou na ausência dela (Jamison & Edwards, 2012).

A dor crónica de causa não oncológica (DCNO) resulta de qualquer patologia não-neoplásica e que se mantém, de forma contínua ou recorrente, por 3 ou mais meses e/ou que persiste, para além da cura aparente da lesão que lhe deu origem. É considerada por muitos *experts* como uma doença crónica por si só e é caracterizada por uma ou duas das seguintes características: é permanente; resulta em incapacidade residual; é causada por patologias não reversíveis (Markotic et al., 2013). As DCNO de maior prevalência são algumas neuropatias e doenças degenerativas músculo-esqueléticas (Chou et al., 2009), entre as quais a dor crónica lombar (Hall, 2016).

Está frequentemente associada a depressão, ansiedade, aumento do risco de queda, subnutrição, detioração do estado cognitivo, alterações do sono, diminuição da socialização e da capacidade funcional, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, constituindo um grave problema de saúde pública (AGS, 2002; DGS, 2010; Herr, 2011; Stubbs et al., 2010; Wood, Nicholas, Blyth, Asghari, & Gibson, 2010).

2.1.1. Dor Crónica e Estratégias de *Coping*

A dor crónica pode ter um grande impacto na funcionalidade das pessoas, no entanto, a maneira como cada um lida e se ajusta à sua dor, difere de pessoa para pessoa.

Existem evidências que factores cognitivos (incluindo a auto-eficácia, catastrofização, medo, evitação e aceitação), afectivos (ansiedade, depressão e stress) e interacções ambientais (processos de aprendizagem e reforço) estão associados a dores crónicas (Júnior, João, Nicholas, Pimenta, & Asghari, 2012).

Frequentemente, os idosos que sofrem de dor crónica, desenvolvem estratégias comportamentais e cognitivas de *coping*, para tolerar ou reduzir a sua dor. Essas estratégias de *coping* se forem adaptativas (ex. relaxamento, persistência numa tarefa, auto-eficácia, etc) podem ter um efeito de diminuição da dor reduzida, afeto positivo e melhor ajuste psicológico; se forem inadaptadas (ex. evitação do movimento por medo de dor ou lesão), podem produzir resultados negativos, tais como sofrimento psicológico, aumento da dor e aumento da incapacidade. A literatura revela diferenças nas estratégias de *coping*, de acordo com a idade. Os adultos mais velhos são menos propensos que os mais novos a utilizar estratégias de *coping* adaptativas (DiNapoli et al., 2016).

A auto-eficácia é um fator plausível que pode mediar a relação entre o género e a percepção da dor (Jackson, Iezzi, Gunderson, Nagasaka, & Fritch, 2002). A auto-eficácia é uma capacidade cognitiva adquirida, baseada num comportamento anterior, observação dos outros, encorajamento de outras pessoas e reacções viscerais e autonómicas (Miller & Newton, 2006).

Em 2017, Gallant e Hadjistavropoulos, verificaram ainda que dos muitos factores sociais que influenciam a dor, o suporte social e a mera presença de uma pessoa estranha, poderão ser influenciadores dos índices de dor. No seu estudo experimental sobre a manifestação da dor dos idosos, quando estes eram submetidos a um estímulo doloroso na presença de um membro da família, as manifestações faciais e verbais de dor aumentavam, enquanto na presença de um estranho, essas mesmas expressões diminuam e a dor era manifestada com menor intensidade (Gallant & Hadjistavropoulos, 2017). O estudo torna-se importante, na medida em que demonstra, que a presença de outra pessoa poderá influenciar a experiência dolorosa internamente, assim como a manifestação verbal e não-verbal dessa dor (Gallant & Hadjistavropoulos, 2017).

2.1.2. Dor Crónica e Género

A diferença de percepção da dor entre géneros pode resultar de diferenças na percepção sensitiva, de maneiras de lidar com a dor e dos papéis sociais ou ocupacionais que os indivíduos desempenham (Lamberg, 1998, citado por Miller & Newton, 2006).

A dor crónica é mais frequente nas mulheres. As mulheres são mais sensíveis à dor, relatam dor mais intensa, episódios mais frequentes, mais difusos anatomicamente e mais duradouros do que os homens com doenças semelhantes (Gallant & Hadjistavropoulos, 2017; Hurley & Adams, 2008). É ainda mais provável que recorram a serviços de saúde e consumam mais analgésicos, especialmente as mais velhas (Weimer et al., 2013).

As mulheres têm ainda uma maior capacidade de descrever a dor e estão mais dispostas a discutir o assunto que os homens. Estes fatos podem estar relacionados com o modo como os homens e as mulheres socializam; os homens eram desde a infância ensinados de que eram o sexo mais forte e, desencorajados a expressar as suas emoções, nomeadamente queixas como a dor (Miller & Newton, 2006). Por sua vez, as mulheres podem ter uma maior tendência a envolverem-se em abordagens interpessoais de *coping*. Neste contexto, expressões de angústia ou dor podem funcionar para sinalizar a necessidade de suporte interpessoal (Jackson et al., 2002).

2.2 Dor Cónica de Causa Oncológica

O cancro é conhecido por abranger diversos sintomas físicos, assim como preocupações psicológicas e existenciais, no entanto, o sintoma da dor é frequentemente citado como o mais crítico. A dor não controlada afeta, não somente, a qualidade da vida do utente, mas influencia profundamente a sua capacidade de suportar o tratamento, retornar à saúde como sobrevivente de cancro ou conseguir ter uma morte pacífica (Paice & Ferrell, 2011).

A dor crónica oncológica é experienciada por 30%-85% dos utentes com cancro, dependendo do tipo e do estadio do cancro (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley III, 2009). Estima-se que a prevalência de dor seja de 25% para os recém-diagnosticados, 33% para aqueles que estão em tratamento e superior a 75% para aqueles com doença em estadio avançado. A dor crónica em sobreviventes de cancro que completaram os tratamentos é de aproximadamente 33%. A prevalência de dor poderá ser mais elevada em determinados tipos de cancro, como é o caso de neoplasia pancreática (44%) e da cabeça e pescoço (40%)(Paice & Ferrell, 2011).

Mais de 60% dos pacientes diagnosticados com cancro têm mais de 65 anos, e espera-se que essa percentagem aumente de maneira significativa, durante a próxima década. Dadas as alterações físicas e psicológicas resultantes do processo natural do

envelhecimento, há um forte consenso de que a avaliação da dor em utentes oncológicos idosos deve incluir a avaliação de uma doença crónica concomitante, que pode ser a causa da dor, por si própria. Há também um aumento substancial dos utentes oncológicos, com idade igual ou superior a 85 anos. Os oncologistas geriátricos enfatizam a importância da avaliação individual em vez do tratamento determinado apenas pela idade, em especial, para aquelas com limitação cognitiva evidente (Paice & Ferrell, 2011).

Em condições oncológicas, a dor poderá ser considerada em função da doença por si, como resultado do tratamento ou devido a causas não relacionadas (Reyes Chiquete, Ortiz, C, Mohar Betancourt, & Meneses García, 2011).

As principais causas de dor crónica nos utentes oncológicos, incluem a quimioterapia (ex. neuropatia periférica dolorosa), radiação (ex. braquial induzida por radiação, dor pélvica secundária a radiação) e cirurgia (ex. dor após mastectomia, lesão do nervo intercostal neuropático após toracotomia) (Paice & Ferrell, 2011). Em 60%-90% dos casos, a dor está relacionada com a neoplasia (invasão ou compressão de estruturas), em 5-20 % dos casos está relacionado com o tratamento (radioterapia, fibrose, neuropatia pós-quimioterapia, pós-operatório) e em 3-10 % a dor não tem relação com a doença neoplásica (Costa, Santos, Alves, & Costa, 2007). Cerca de 80% dos utentes com cancro têm ≥ 2 tipos de dor e 33% têm ≥ 4 tipos de dor (Pergolizzi, Gharibo, & Ho, 2015).

De acordo com a patogénese, a dor oncológica pode ser classificada como:

- nociceptiva (geralmente descrita como dor latejante) – resulta da lesão tecidual, que estimula directamente os receptores da dor; de acordo com o local de origem, pode ser somática ou visceral. Quando a dor é localizada, afiada, latejante ou pressão é uma dor somática (de osso, articulação, músculo, pele ou tecido conjuntivo). Quando a dor é identificada como cólicas e difusas, é visceral (ex. trato gastrointestinal ou pâncreas).

- neuropática (descrita como sensação de queimadura, formigueiro, ou choques eléctricos) - resulta de lesão de fibras nervosas e o impulso doloroso origina-se nas vias nervosas em vez de nas terminações nervosas (receptores). É projectada para a área de inervação do respectivo nervo.

Esta classificação é essencial para a seleção de abordagens de tratamento e optimização da analgesia (Costa et al., 2007; Paice & Ferrell, 2011; Swarm et al., 2010). Para o utente oncológico, a dor pode desempenhar um papel de diagnóstico como indicador da progressão tumoral. A dor desempenha um papel importante na ajuda aos oncologistas para orientar e refinar estratégias de tratamento (Pergolizzi et al., 2015).

2.3 Avaliação da Dor nos Idosos

A dor nos idosos é frequentemente considerada sub-valorizada, incompreendida e sub-tratada, nesta faixa etária (Catananti & Gambassi, 2010; Hall, 2016).

Embora não existam marcadores biológicos objetivos de dor, a descrição e o auto-relato do próprio utente, é geralmente considerado o *gold standard* da avaliação da dor, permitindo uma avaliação mais precisa e confiável (AGS, 2002; Catananti & Gambassi, 2010).

Entre os principais desafios que podem influenciar a perceção da dor e dificultar a sua avaliação e gestão nesta população, encontram-se as limitações cognitivas e sensoriais do indivíduo, a dificuldade em relatar a dor, o mito da dor enquanto processo natural do envelhecimento, a avaliação da dor em contexto de comorbilidade, falta de congruência entre o utente e o cuidador na perceção da dor, medo de adição de analgésicos, receio de toma excessiva de medicação “polifarmácia” e as crenças do cuidador (Hall, 2016; Herr, 2011).

Um dos principais objetivos do exame subjetivo e objetivo é identificar a causa da dor que nos idosos pode ter múltiplas etiologias, mais frequentemente musculoesqueléticas e do sistema nervoso (Herr, 2011).

A correta avaliação deverá incluir uma recolha pormenorizada da história clínica e da dor do utente, um exame físico/objetivo e exames complementares, se necessário. Deve centrar-se na recolha de: intensidade da dor, qualidade e padrão da dor, factores agravantes e de alívio, níveis de funcionalidade, humor e personalidade, estratégias de *coping* e crenças relativas à dor, problemas médicos comorbilidades e uso de medicação. Deverá ser feita uma análise comportamental com recolha de informação através da história psicossocial, efeitos adversos ao tratamento e recurso aos cuidados de saúde (Herr, 2011; Jamison & Edwards, 2012). As limitações sensoriais (ex. audição e visão) e limitações cognitivas, deverão também ser avaliadas, para despiste de erros ou limitações de acesso (Herr, 2011).

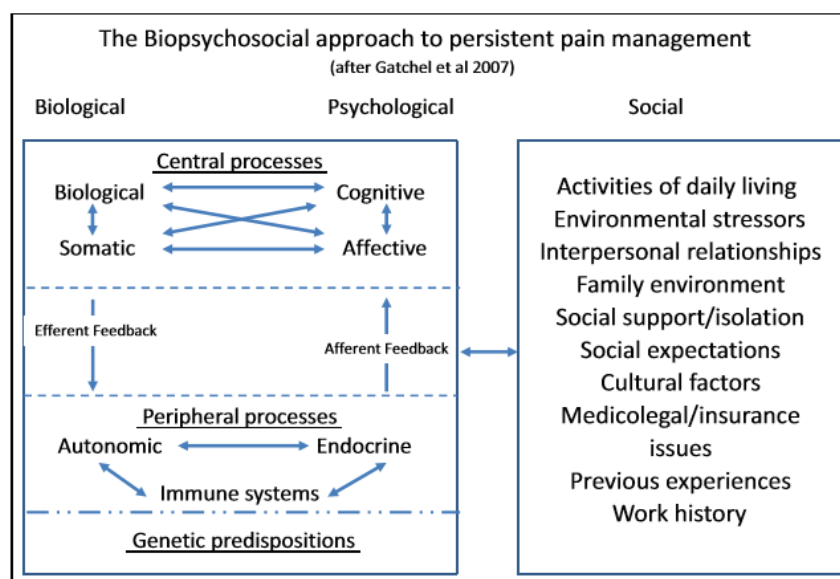
Pela dificuldade na compreensão das questões que habitualmente são colocadas, poderá ser importante a utilização de instrumentos específicos de avaliação. Os utentes mais velhos, em especial os que apresentam alterações cognitivas, demonstram mais dificuldade em usar e compreender escalas numéricas de dor e preferem uma avaliação baseadas em palavras como: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa, dor máxima (escala verbal descritiva da dor) (Catananti & Gambassi, 2010; Hall, 2016; Herr, 2011). Este instrumento demonstrou ser o mais aconselhado e confiável, tendo sido validado para a utilização na população idosa, minimizando uma classificação errónea da dor (Herr, 2011).

Diversos questionários poderão ser utilizados para a avaliação da dor e do seu impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida do utente, entre os quais o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (Pain Disability Index – PDI), aconselhado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (Azevedo et al., 2007).

2.4. Abordagem Multidisciplinar Não-Farmacológica

A abordagem de um utente distancia-se cada vez mais de um método meramente biomédico, baseado nos sintomas e no controlo farmacológico, e aproxima-se cada vez mais de um modelo biopsicossocial. Uma abordagem biopsicossocial da dor crónica, através de uma equipa de profissionais multidisciplinares, aparenta produzir melhores resultados na gestão da dor, incluindo nos utentes idosos (Figura 1) (Hall, 2016).

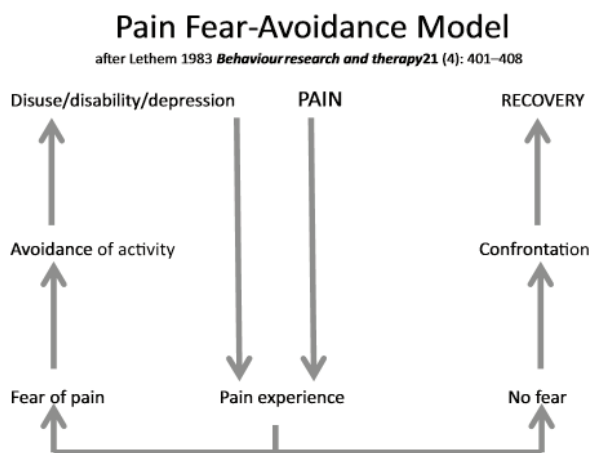
Figura 1 - Modelo de Abordagem Biopsicossocial da Dor



Fonte: Hall, 2016, p. 65

A abordagem biopsicossocial, inclui várias modificações físicas e psicológicas e implicam maioritariamente um papel ativo do utente, aumentando a sua auto-suficiência no controlo da dor. Essas intervenções, nomeadamente a educação do paciente, a prática ajustada de exercício físico e uso apropriado de técnicas de auto-ajuda, devem ser parte integrante da abordagem da dor crónica (AGS, 2002).

O principal objetivo desta abordagem, não é somente a diminuição da intensidade da dor, mas sim uma melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida relacionada com a saúde. Inclui educação do utente acerca da dor, estratégias para controlo da dor, através de movimentos contextualizados que procuram o confronto físico e psicológico, desenvolvendo a diminuição do medo e do stress, promovendo as atividades da vida diária através da quebra do ciclo de medo e evitação (*Fear-Avoidance cycle ou model*), que pode levar ao descondicionamento físico, ansiedade, depressão e agravamento da dor (Figura 2) (Hall, 2016).

Figura 2 - Modelo do Medo-Evitância ou *Fear-Avoidance*

Fonte: Hall, 2016, p. 66

2.5. Programas e Unidades de Tratamento da Dor

2.5.1. Programas de Tratamento da Dor

No final dos anos 90, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal. Juntamente com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), desenvolveu o primeiro documento estratégico: Plano Nacional de Luta Contra a Dor, aprovado em Março de 2001, inovador e pioneiro a nível internacional, realçando a importância da criação de Unidades Especializadas no Tratamento da Dor Crónica, onde se inclui, entre outras valências, a Consulta da Dor Crónica.

Através da Circular Normativa Nº09/DGCG de 14/6/2003, a DGS instituiu a Dor como o 5º Sinal Vital. Nesta circular, são apresentadas as normas relativamente à Dor como 5º sinal vital e ao registo sistemático da intensidade da Dor, das quais podemos destacar: "(...) b) o controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde; (...) d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (...)" (DGS, 2003, p.1). O mesmo documento destaca ainda as regras de aplicação de escalas para a avaliação da dor, sugerindo a utilização de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces, sendo que, a escala utilizada para um determinado doente, deve ser sempre a mesma (DGS, 2003).

Em Maio de 2008 surgiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD).

Em 2010, a DGS, publica as “Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa”, destinadas a todos os profissionais de saúde que tratam pessoas idosas com dor crónica, com recomendações relativas às orientações técnicas para a avaliação e tratamento da dor crónica na pessoa idosa (DGS, 2010). Baseado no facto de a dor se tratar de uma experiência subjectiva e de não haver testes objectivos para a medir a dor, sugere que a sua presença e a intensidade sejam avaliadas e medidas pelo que o utente exprime. Nomeadamente:

“A avaliação da dor no idoso pelas escalas de auto-avaliação, se não forem detectadas dificuldades de comunicação, é complementada por uma história clínica detalhada, um exame objectivo rigoroso, uma história terapêutica correcta e uma avaliação bio-psico-social.

Na observação dos doentes com dificuldade de comunicação nenhuma estratégia é, por si só, suficiente, sejam os antecedentes pessoais, a observação de comportamentos, o diagnóstico da patologia, ou a informação dos cuidadores, pelo que a conjugação de todas as informações é de importância fundamental para a avaliação da dor.” (DGS, 2010, p.1).

Em 2013 adotou-se o “Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor” (PENPCDor) (DGS, 2013). Tem como princípios orientadores: a subjetividade da dor, a dor como 5º sinal vital, o direito ao controlo da dor, o dever do controlo da dor e, tratamento diferenciado da dor. Procura reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor e, racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor. Para isso, o PENPCDor define cinco eixos de intervenção: Dor em grupos específicos (Dor na criança, Dor no doente crítico, Dor no idoso); Organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da Dor Crónica; Revisão e monitorização das orientações técnicas; Formação dos profissionais de saúde na área da dor; Prevenção da Dor Crónica (DGS, 2013).

2.5.2. Unidades de Tratamento de Dor

Em Portugal, seguindo as indicações de 1990, pela International Association for the Study of Pain, consideram-se como modelos desejáveis de organização do tratamento da dor, os seguintes serviços de cuidados de saúde (DGS & APED, 2001):

Unidade de Dor / Consulta da Dor – Nível Básico – abrange toda a forma organizada de tratamento de dor crónica que não possua as características próprias das Unidades de Dor. Poderá funcionar com um número mínimo de médicos (no limite, apenas 1), não ter outros profissionais de saúde especificamente adstritos à Consulta de Dor, nem possuir instalações próprias.

Unidade Terapêutica de Dor – Nível I - vocacionada para o diagnóstico e orientação terapêutica de doentes com dor crónica que, embora possa não garantir uma abordagem interdisciplinar, funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Tem que estar dotada com, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria. Em alternativa, pode estar dotada de dois médicos treinados em tratamento da dor e de um psicólogo.

Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II - capacitada para o tratamento de doentes com dor em ambulatórios internados ou em situação de urgência. Pode dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não cirúrgica e agudizações de dor crónica. Está dotada de equipa multidisciplinar, de forma a poder abordar, na globalidade biopsicossocial, o doente com dor. A equipa é constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento de dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria ou, em alternativa, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social.

Centro Multidisciplinar de Dor – Nível III - unidade com capacidade acrescida em relação às unidades de nível II, de modo a poder desenvolver, com regularidade, investigação na área da dor, formação pré e pós-graduada, incluindo programas de mestrado e doutoramento. Tem que estar integrada, ou afiliada, em instituição major de investigação ou ensino universitário.

Segundo o levantamento elaborado pela DGS e APED em 2001, existiam a essa data, em Portugal continental, as seguintes Unidades de Tratamento de Dor Crónica:

21 Unidades de Dor de Nível Básico (12 hospitais na região centro)

6 Unidades Terapêuticas de Dor de Nível I (3 hospitais na região centro)

9 Unidades Multidisciplinares de Dor de Nível II (0 na região centro)

0 Centros Multidisciplinares de Dor de Nível III (Bastos, 2005).

De acordo com os dados publicados em 2010 pelo Centro Nacional de Observação em Dor, as consultas no Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, ocorrem

maioritariamente diariamente (46,2%), entre as 10-19h (25%) e são habitualmente realizadas por Anestesiastas (96,2%). As equipas são normalmente formadas pelos seguintes profissionais: 3 médicos, 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 0 fisioterapeutas, 1 técnico de serviço social, 0 terapeutas ocupacionais e 1 técnico administrativo (CNOD, 2010).

O mesmo levantamento revela ainda, que no Hospital Amato Lusitano existe uma Unidade Terapêutica de Dor e no Centro Hospitalar Cova da Beira existe Consulta de Dor Crónica (CNOD, 2010).

2.5.2.1. Unidade Terapêutica da Dor do Hospital Amato Lusitano

A Unidade de Dor Crónica e de Medicina Paliativa (UDCMP) do Hospital Amato Lusitano é constituída por uma equipa multidisciplinar de Médicas, Enfermeiras, Psicóloga e Assistente Social, com formação específica na área da Dor.

Têm como missão o tratamento de utentes com dor de causa oncológica e não oncológica, da área de abrangência da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), procurando melhorar a qualidade de vida dos utentes com dor crónica e seus familiares.

Esta unidade está organizada em Consulta Externa de Dor Crónica, Equipa Intra-Hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos, Consulta Externa de Cuidados Paliativos e Consulta Domiciliária de Medicina Paliativa.

De acordo com os dados gentilmente cedidos pela Equipa da UDCMP, à data do último levantamento (Abril 2017), eram acompanhados em consulta de Dor Crónica um total de 140 utentes, sendo que 107 pertenciam ao género feminino, com idades compreendidas entre os 38 e 96 anos de idade e, 33 utentes ao género masculino, com idades entre os 43 e 93 anos.

De acordo com a mesma fonte, eram seguidos em Consulta de Medicina Paliativa, 70 utentes, 33 do género feminino, com idades compreendidas entre os 35 e 93 anos e, 37 utentes do género masculino, entre os 38 e 92 anos de idade.

3. Capacidade Funcional

O processo de envelhecimento caracteriza-se pela diminuição progressiva da capacidade funcional.

A capacidade funcional ou funcionalidade, é descrita pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS) como *“termo que engloba todas as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”*.

Por sua vez, o oposto, a incapacidade, é descrita como *“termo que inclui deficiências, limitação da actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)”* (DGS, 2004, p.1867). Ambas resultam da interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os factores contextuais (DGS, 2004).

De acordo com a CIF, a actividade diz respeito à execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo, ou seja, representa a perspectiva individual de funcionalidade. A participação diz respeito ao envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real; representa a perspectiva social da funcionalidade. Limitações da actividade ou restrições na participação, dizem respeito às dificuldades que um indivíduo pode encontrar a desempenhar qualquer uma delas, seja por alterações na estrutura e/ou função do corpo ou por factores contextuais (ambientais ou pessoais) (DGS, 2004).

No que se refere ao idoso, a OMS realça a capacidade funcional e a independência dos idosos, como fatores preponderantes para a saúde física e mental dessa população. A manutenção da autonomia e da independência são condições necessárias para um processo de envelhecimento saudável e é, com base nesse pressuposto, que se deve instrumentar e operacionalizar uma política de cuidados à saúde do idoso (Viana, 2014). É importante quantificar a saúde da pessoa idosa, através do grau de autonomia e de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, tendo em consideração as condições socioeconómicas, cognitivas e de saúde, entre outros (Viana, 2014).

Relativamente às causas, a perda da capacidade funcional poderá estar associada, junto ou isoladamente, à perda de um ente querido, dificuldades económicas, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, que poderá ter implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso (Alves et al., 2007).

Quanto ao género, embora a incidência de incapacidade seja semelhante em ambos os géneros, a sua prevalência é geralmente maior entre as mulheres. As mulheres idosas apresentam maior compromisso funcional do que os homens e esta diferença, pode ser explicada pela maior sobrevivência das mulheres, maior prevalência

de condições incapacitantes (ex. osteoporose, osteoartrite e depressão) e maior frequência com que as mulheres reportam maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária (Murtagh & Hubert, 2004).

No que diz respeito ao estado civil, a viuvez para o idoso pode levar a uma situação de isolamento e menor preocupação com a saúde, influenciando negativamente a capacidade funcional e o desenvolvimento de doenças crónicas e de incapacidade (Hughes & Waite, 2009).

Deste modo, o género feminino, a idade mais avançada, a ausência do cônjuge e a presença de comorbilidades, associam-se significativamente a uma pior capacidade funcional.

4. Funcionalidade Familiar

A palavra família deriva do latim «familia», cuja origem é «familus», ou seja, servidor (Agostinho & Rebelo, 1988). O seu significado tem evoluído ao longo da história; a tradição, a cultura, assim como as variações no contexto político, económico e social, dificultam a definição clara da entidade “família” (Agostinho & Rebelo, 1988) e foram os principais responsáveis pelas transformações da estrutura familiar ao longo dos séculos (Andrade & Martins, 2016).

Em 1988, a definição de família incluía *“um conjunto de pessoas, frequentemente mas não necessariamente, relacionadas pelo sangue ou casamento, que vivem na mesma casa com o compromisso mútuo de «cuidarem» uns dos outros ao longo do tempo”* (Agostinho & Rebelo, 1988, p.7).

A família é uma construção social influenciada pela cultura, contexto histórico e pelas relações; em geral, é sinónimo de afetividade, companheirismo e solidariedade. Funciona internamente por meio de três componentes: estrutura, desenvolvimento e adaptação (Souza et al., 2014). A estrutura diz respeito às normas e regras que são construídas por meio de padrões sociais e culturais que determinam o comportamento de todos os membros. O desenvolvimento compreende as fases pelas quais as famílias passam ao longo da sua existência, alternando entre momentos de equilíbrio, desequilíbrio e adaptação, que são enfrentadas de forma diferente em cada família. A adaptação corresponde às mudanças a que as famílias têm de se adequar, preservando a sua estrutura interna (Souza et al., 2014).

Actualmente existem na sociedade, uma variedade de estilos familiares, pelo que uma definição de família deve ser suficientemente abrangente, de modo a que reflecta não só a sua estrutura, mas também a sua função. Há no entanto, critérios que se mantêm constantes ao longo de todo o tempo: a aliança e a filiação (Agostinho & Rebelo, 1988).

Uma ferramenta utilizada na identificação das relações e função familiar é o 'Family APGAR', questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978. Após ser traduzido, adaptado e validado em 1988 por Agostinho & Rebelo, o questionário procura quantificar a percepção que o inquirido tem do funcionamento da sua família, através de cinco itens: Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade e Capacidade resolutiva (Agostinho & Rebelo, 1988).

4.1. Modelos Familiares

De um modo global, pode dizer-se que existem dois tipos de classificações da estrutura familiar: família nuclear ou simples, caracterizada por uma só união entre adultos e por um só nível de descendência (pais e filhos); a família alargada, caracterizada pela presença de várias gerações (inclui a família nuclear, os avós, bisavós e até mesmo tios, primos ou outros) (Agostinho & Rebelo, 1988). A família nuclear deixou de prevalecer, dando lugar às inúmeras formas de organização familiar que existem actualmente (Andrade & Martins, 2016).

Ao longo das últimas décadas, acentuaram-se as transformações ao nível da família; a constituição, o seu funcionamento, a forma como evolui, o seu eventual desmembramento ou reconstituição, traduzindo os efeitos de um dinamismo e características próprias. Evidencia-se a diminuição da dimensão média da família a par com o aumento do número de pessoas que vivem sós e com o decréscimo das famílias numerosas (INE, 2013).

A partir do século XVIII, sobretudo com a industrialização, dá-se o êxodo dos trabalhadores rurais para as cidades, registando-se modificações ao nível da estrutura familiar, que vieram comprometer o apoio da família aos idosos (Figueiredo, 2013).

Em Portugal, a partir da segunda metade do séc. XX, verifica-se um novo modelo demográfico de crescimento. A diminuição da fecundidade, que em 2007 atingiu 1,33 filhos por mulher e, os fluxos migratórios, explicam os principais motivos para estas alterações demográficas e sociais sem precedência (Moreira, 2010).

Em pleno séc. XXI, a emancipação da mulher e a sua entrada no mundo de trabalho, resultou na redução do apoio nuclear para o idoso, sobretudo para o papel de cuidadora informal. Para a alteração da família, também contribuem as novas formas de vivência que se tornaram mais frequentes e aceites como naturais, nascimentos fora do casamento, relações homossexuais ou famílias monoparentais por opção (Figueiredo, 2013).

Nos novos modelos familiares, a família adquire diferentes configurações e recebe influências de diferentes grupos e classes sociais e tendo em conta, o aumento do número de idosos na sociedade registam-se mudanças da composição familiar.

Uma das mais profundas mudanças do século, às quais as famílias tiveram de se adaptar, em consequência das alterações demográficas, foi a convivência intergeracional. Se ao longo da história da humanidade, os adultos raramente tiveram oportunidade de conviver tanto tempo com os seus pais idosos, atualmente, pais e filhos partilham em média 5 ou 6 décadas da vida (Finferman & Birditt, 2011).

Tais mudanças, têm produzido um forte impacto nas famílias, quer do ponto de vista económico, quer do ponto de vista emocional, podendo influenciar a forma como tratam dos idosos (Pavarini et al., 2009). As alterações do papel social, autonomia e independência perante a família, podem ser considerados momentos de crise para o próprio idoso, uma vez que representam situações de mudanças (bio-psico-sociais), que requerem do idoso e daqueles que com ele convivem, adaptações a esta etapa da vida. Essas adaptações no âmbito familiar serão mais ou menos fáceis dependendo das relações afetivas desenvolvidas pelos seus membros (Souza, Skubs, & Brêtas, 2007). Em situações de conflito, o idoso é quem mais sofre, pela maior resistência a mudanças e maior dificuldade em se adaptar (Leite, Battisti, Berlezi, & Scheuer, 2008).

4.2. Famílias Funcionais e Disfuncionais

Na perspectiva da funcionalidade familiar, as famílias podem ser classificadas como funcionais ou disfuncionais.

Uma família é considerada funcional quando há uma relação harmoniosa e equilibrada entre os membros de uma família, com definição de tarefas ou funções claras e aceites pelos seus membros familiares, no auxílio à resolução de problemas utilizando recursos próprios (Vera et al., 2015). Verifica-se uma resposta emocionalmente estável aos conflitos e às situações críticas e os membros são capazes de conviver em harmonia, mantendo-se independentes, porém comprometidos uns com os outros. São famílias com relações baseadas no respeito, conhecimento e compreensão e desempenham um papel fundamental no cuidado ao idoso (Souza et al., 2014).

Nos sistemas familiares disfuncionais, os membros dão prioridade aos interesses individuais em detrimento do grupo familiar, não assumem os papéis que lhes compete e em situações de crise, culpam os próprios familiares. Os vínculos são superficiais e a agressividade e a hostilidade são comuns. O fato do idoso pertencer a este tipo de sistema familiar afeta a sua capacidade de resolver as dificuldades associadas ao envelhecimento (Souza et al., 2014).

4.3. Funcionalidade Familiar e (In)capacidade Funcional

A família é considerada o principal ambiente social do indivíduo, no qual são compartilhadas as crenças, os valores, as atitudes e os comportamentos. Desempenha importantes funções de natureza afectiva, educativa, de socialização e reprodutiva, sendo que a qualidade do ambiente afectivo é um factor determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2016).

Do mesmo modo, quando o sistema familiar apresenta dificuldades em aceitar e entender o processo de envelhecimento de um dos seus membros, a convivência familiar torna-se conflituosa e pode trazer repercussões físicas, emocionais, sociais e económicas nessa etapa do ciclo de vida familiar (Vera, Lucchese, Munari, & Nakatani, 2014).

Os maiores desafios enfrentados por famílias com pessoas idosas são as altas taxas de incapacidade, limitações funcionais, deficiências sensoriais, demenciais e elevada frequência de condições crónicas associadas ao envelhecimento, que se traduzem na necessidade de cuidados por parte de outros, com impacto sobre a família e sobre o sistema de saúde (Torres, Reis, Reis, Fernandes, & Xavier, 2011; Vera et al., 2015). A disfuncionalidade familiar está associada à solidão em idosos, à falta de atenção e prestação de cuidados a familiares com DCNO e ao restrito apoio social e sobrecarga de cuidadores de idosos (Vera et al., 2014).

4.3.1. Relações Conjugais e (In)capacidade Funcional

As relações interpessoais de um modo geral e as relações conjugais especificamente, poderão ser a chave para o entendimento do processo de ajustamento e auto-gestão da dor crónica (Reese, Somers, Keefe, Mosley-Williams, & Lumley, 2010). Na verdade, as relações próximas e a sua funcionalidade, tais como o casamento, são fortemente reconhecidas pela sua importância no estado de saúde geral e funcionalidade em pessoas com dor crónica (Reese et al., 2010).

Diversos estudos mostram como a dor e a qualidade da relação conjugal podem estar associados; a dor pode ter efeitos negativos sobre o nível de satisfação ou a qualidade do relacionamento entre uma pessoa com dor e seu parceiro e, por sua vez, em contraste, os parceiros das pessoas com dor podem ter efeitos diretos sobre a forma como uma pessoa experimenta e lida com a dor. Ou seja, ter um bom relacionamento conjugal pode tornar a doença emocionalmente mais tolerável, diminuindo os componentes afetivos da dor e incapacidade. Por outro lado, um mau relacionamento conjugal, ou até mesmo o fato de não ser casado, pode aumentar o stress ou dificultar a auto-gestão e o processo adaptativo da dor, assim como influenciar os pacientes na escolha de comportamentos prejudiciais à saúde ou evitar

comportamentos de saúde positivos, incluindo tratamento adequado (Reese et al., 2010).

Há também evidências de que a níveis mais elevados de depressão em pacientes com dor, estão associados a um maior nível de respostas negativas por parte do cônjuge (Campbell, Jordan, & Dunn, 2012). As queixas dolorosas dos utentes, podem estar muitas vezes na origem de problemas conjugais, com a dificuldade do cônjuge lidar com as queixas. Cônjuges negativos em relação à dor do seu parceiro, podem estar na origem do aumento da severidade da dor e dos sintomas depressivos. Ao mesmo tempo, os utentes podem entender as respostas negativas do cônjuge para com a sua dor, como um indicador de que o cônjuge está irritado ou frustrado com o paciente, podendo levar a uma diminuição na satisfação conjugal (Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000). O suporte familiar é assim, primordial e fundamental para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo (Torres et al., 2011). É importante conhecer a dinâmica familiar, uma vez que a satisfação do sujeito em relação à sua família contribuirá significativamente na “manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo” (Vera et al., 2014).

4.3.2. Viuvez e (In)capacidade Funcional

A velhice caracteriza-se pela alteração e perda de papéis, quer ao nível profissional, com a alteração do estatuto profissional, quer ao nível das relações familiares e das redes sociais. Essas mudanças tornam-se inevitáveis e atribuem à velhice um cariz de intensa perda afectiva, entre eles a perda de papéis, os filhos que saem de casa, a reforma, mas também e principalmente a viuvez. Desse modo, o verdadeiro desafio do envelhecimento, é o confronto e a readaptação face a essas nossas condições (Figueiredo, 2007, citado por Teixeira, 2010).

Segundo Ussel (2001), a morte do companheiro é vivida pelos idosos de uma forma ainda mais dolorosa, pois descobrem que a relação amorosa de muitos anos chegou ao fim e, perderam a pessoa com quem partilhavam os seus segredos, inquietações e intimidades. Para este autor, os idosos viúvos, por norma, sentem solidão e desilusão com a vida.

Com o passar da idade, os idosos têm tendência a diminuir os seus contactos sociais; as relações sociais e a troca de apoio familiar diminuem, transportando sentimentos de insegurança, instabilidade, ansiedade, baixas expectativas, medo e solidão (Figueiredo, 2013).

A viuvez tem sido associada especialmente às mulheres, nomeadamente, às mulheres idosas. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as mulheres são mais susceptíveis à viuvez, refletindo as taxas de mortalidade mais elevadas dos homens (Oliveira, 2012).

A viuvez ocorre, normalmente, nos períodos etários mais tardios e embora, seja mais frequente em mulheres e estas apresentem maior probabilidade de viver sozinhas e com menores rendimentos, os homens, por outro lado, apresentarem maior tendência a voltar a casar após a morte da sua esposa (Oliveira, 2012).

5. Solidão

“A solidão é um sentimento poderoso” (Ernst & Cacioppo, 1999, p. 1) e constitui um importante indicador de bem-estar entre os idosos (Holmén & Furukawa, 2002).

É uma característica do homem, que adquiriu diferentes significados consoante os contextos históricos (Teixeira, 2010). Enquanto os nossos antepassados estabeleciam contactos e redes sociais na perspectiva da sobrevivência e da reprodução, na sociedade moderna o significado das relações interpessoais expandiu largamente. Os seres humanos são sociais por natureza; nascem com a necessidade de contacto e ternura e, a procura de relações interpessoais satisfatórias permanece desde a infância ao longo de toda a vida (Heinrich & Gullone, 2006).

Constitui um dos principais problemas enfrentados pela população idosa e tem sido claramente associada a uma saúde física e mental pobre, alterações de memória e distúrbios de sono (Perlman, 2004). É um indicador importante de bem-estar entre os idosos e um conceito complexo que envolve aspectos psicológicos e sociais (Hazer & Boylu, 2010; Holmén & Furukawa, 2002).

Foi a partir da década de 70, que a solidão começou a merecer maior atenção por parte dos sociólogos, especialmente a partir de dois momentos impulsionadores na pesquisa nesta área de investigação. Primeiro Weiss, em 1973, publica o seu “Livro de Solidão”, que se tornou uma referência neste campo de estudo. Nesse livro, Weiss descreveu o fenómeno da solidão, distinguindo-o entre dois tipos: social e emocional. Definiu a solidão social como a ausência de uma rede social envolvente satisfatória (ex. um grupo de amigos) e solidão emocional como a ausência de uma ligação emocional mais próxima e afetiva (ex. fornecido pelo cônjuge). Após esta publicação, investigadores da Universidade da Califórnia Los Angeles (UCLA) e dos Países Baixos desenvolveram instrumentos para a avaliação da solidão (Ernst & Cacioppo, 1999; Perlman, 2004).

Holmén e Furukawa, explicam que em 1974, Weiss defende que existem seis tipos de provisões que as relações sociais nos proporcionam: *Ligação/pertença* – deriva das relações que proporcionam sentimento de segurança e compromisso; *Integração social* – através de relações que propiciam sentimentos de companheirismo, partilha de interesses e actividades; *Oportunidade de fortalecimento* – obtido de relações que promovem um sentimento de ser necessário e responsável pelo bem-estar de outras

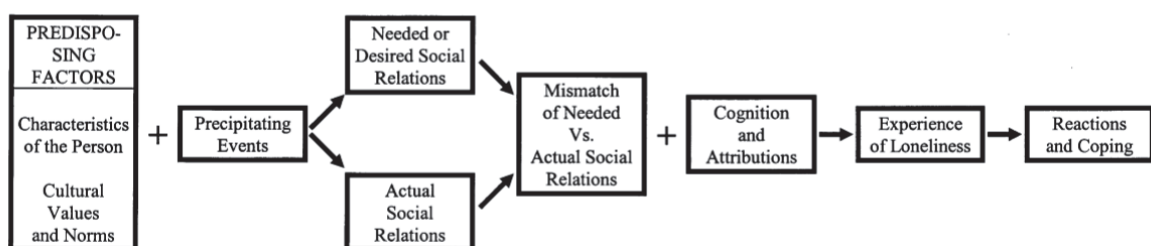
peçoas; *Garantia de Valor* – resultante de relações que proporcionam o sentimento de competência a valorização; *Aliança confiável* – resultante de relações que fornecem o sentimento de assistência contínua; *Orientação* – resulta de relações das quais se pode obter conselhos de confiança (Heinrich & Gullone, 2006).

Apesar de vários autores considerarem que esta lista devida ser alargada, há no entanto, uma ideia consensual: diferentes tipos de relações oferecem diferentes provisões e a importância de provisões específicas, varia ao longo da vida do indivíduo e por isso, é pouco provável que um único tipo de relação possa satisfazer todos os tipos de provisões necessárias. Por esse motivo, não é de surpreender que quando as pessoas têm dificuldade em estabelecer e manter relações sociais satisfatórias, possam sofrer de sentimentos de solidão, depressão, ansiedade e raiva (Heinrich & Gullone, 2006).

A solidão pode ser descrita como um sentimento de isolamento ou afastamento dos outros, estando na presença deles ou não. É um estado emocional resultante de situações de incompreensão ou rejeição pelos outros, e/ou pela falta de contactos sociais apropriados ou satisfatórios para uma determinada actividade, em especial, as que providenciam um sentimento de integração social e oportunidades para uma intimidade emocional (Hazer & Boylu, 2010). Ou seja, a satisfação com os contactos, não é sinónimo de quantidade de contactos (Holmén & Furukawa, 2002); está relacionada com o nível de satisfação nas relações entre as pessoas, sejam elas a um nível mais social e alargado ou a um nível mais pessoal e intimista (Asher & Paquette, 2003; Hacıhasanoğlu et al., 2012). Nesse sentido, estar sozinho e experienciar solidão não significam necessariamente a mesma coisa (Heinrich & Gullone, 2006; Holmén & Furukawa, 2002).

A solidão é caracterizada por sentimentos desagradáveis e angustiantes (Burholt & Scharf, 2014), que resultam da percepção individual de discrepância entre as relações sociais existentes e as desejadas (Figura 3). Trata-se de uma experiência subjectiva, que não pode ser previsível por indicadores objetivos, como o de isolamento físico (Perlman, 2004). Um indivíduo pode ter um pequeno grupo social e não sentir solidão e pode ter um grande grupo social e no entanto sentir-se sozinho (Mellor, Stokes, Firth, Hayashi, & Cummins, 2008).

Figura 3 - Modelo de Discrepância de Solidão de Peplau e Perlman



Fonte: Perlman, 2004, p. 184

Em 1999, na revisão de literatura de Ernst & Cacioppo (1999), os autores realçam a importância das relações sociais, equiparando o suporte social, a factores de risco para a saúde, como o tabaco, hipertensão arterial, obesidade e inactividade física. Outros estudos, sugerem que relações sociais “pobres” se enquadram na mesma categoria que o tabaco, enquanto factores preditivos negativos para a saúde (Ernst & Cacioppo, 1999).

O instrumento de avaliação mais utilizado e aconselhado para a avaliação da solidão, é a Escala de Solidão da UCLA (Ernst & Cacioppo, 1999; Heinrich & Gullone, 2006).

Este questionário é uma adaptação para a população portuguesa da original escala Revised UCLA Loneliness Scale, de Russell, Peplau e Cutrona (1980). Curto e de simples aplicação é extremamente fidedigno e um dos instrumentos mais utilizadas para a avaliação da solidão. É adequada para conhecer o nível de solidão da população, que não questiona de forma directa os sentimentos de solidão e tem como finalidade avaliar a solidão indirectamente (Correia, 2012). Foi validado para a população portuguesa em 1989 por Neto e é composto por 18 itens referentes a sentimentos subjectivos de solidão (Neto, 1989).

5.1. Alterações Sociais e Solidão

A partir do século XVIII verificaram-se modificações ao nível da estrutura familiar, com repercussões nos cuidados e apoios prestados aos idosos. Com a facilidade de mobilidade da população ativa, os idosos vivem cada vez mais sozinhos ou num seio familiar pouco numeroso e distantes dos familiares mais próximos como os filhos ou os netos (Hazer & Boylu, 2010).

Concomitantemente, as habitações são mais pequenas e localizadas nos meios urbanos; existe lugar apenas para os elementos da família nuclear e excluem os mais idosos, que ficam sós nas suas próprias habitações ou são institucionalizados (Pimentel, 2005).

O isolamento social é também sentido nos meios rurais, onde, apesar de existirem mais redes sociais, a nível familiar e de vizinhança, devido ao isolamento geográfico, muitas habitações estão isoladas e com difíceis acessos (Figueiredo, 2013). Em 2011, o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representava a maior parte das famílias unipessoais e correspondia a cerca de 10% do total de famílias clássicas (INE, 2013).

As pessoas que vivem sozinhas têm maior tendência a focar-se em pensamentos negativos do que em expectativas positivas. A falta de confiança nos outros, a timidez, a depressão, a raiva e a tensão, tendem a afastar os indivíduos da sociedade e a aumentar o sentimento de solidão (Hazer & Boylu, 2010).

A falta de uma rede social ou pouco contacto social, estão claramente associados com o sentimento de solidão. Idosos que têm uma rede social limitada, não recebem tanto apoio ou satisfação emocional (Hazer & Boylu, 2010). Nesse sentido, uma rede de contactos significativa para o idoso, pode ser uma ajuda importante para o seu bem-estar (Holmén & Furukawa, 2002).

Em termos pessoais existem dois marcos fundamentais na vida de uma pessoa e que poderão estar na origem de sentimentos como a solidão. O trabalho e família são os dois eixos principais que estruturam e definem a existência humana. Qualquer alteração substancial que afete alguma dessas áreas, representa um alto risco para a incursão de uma série de problemas de instrumentais ou emocionais, entre os quais a sensação subjetiva de solidão. Embora qualquer uma destas alterações possa ocorrer em qualquer faixa etária, é no entanto, a partir dos 65 anos que ocorrem na sua grande maioria (Ussel, 2001).

A reforma constitui uma mudança importante e delicada no curso da vida dos indivíduos, uma vez que além do corte com a sua actividade função diária, há uma profunda mudança nas tarefas do dia a dia. Por um lado, a pessoa vê-se confrontada com a desorganização da vida e falta de iniciativa para enfrentar a nova realidade, uma realidade dominada pela ruptura definitiva com as obrigações de trabalho e, em vez disso, a grande quantidade de tempo disponível; por outro, o abandono do mercado de trabalho implica um processo paralelo de desvinculação social, (Ussel, 2001).

A morte do cônjuge representa para qualquer pessoa, um dos momentos mais trágicos da vida. À tristeza da perda do companheiro(a), idosos são forçados a assumir a sua perda como definitiva. A perda de um cônjuge supõe uma grande ruptura a nível pessoal, familiar e social (Ussel, 2001).

A nível pessoal há uma dificuldade na aceitação do luto, assim como na adaptação a um estilo de vida muito diferente da que tinha antes. Surgem sentimentos de desilusão com a vida, sofrimento psíquico, insónia, depressão, etc.; assim como, dificuldades nas actividades diárias, como a limitação dos homens nas actividades domésticas (Ussel, 2001).

A nível familiar, a viuvez significa a quebra no matrimónio. Na maioria dos casos os filhos já são emancipados, pelo que a pessoa passa de uma convivência exclusiva com o marido, para outro radicalmente distinto. Quando estas condições acontecem em idades mais avançadas, o idoso vê-se ainda confrontado, com a necessidade de escolha de um novo modo de vida: viver sozinho, viver com a família ou ser institucionalizado numa residência sénior (Ussel, 2001).

Por fim, verificam-se alterações a nível social. As actividades que tinha em comum com o cônjuge cessam, assim como as próprias amizades, uma vez que os idosos têm tendência a afastar-se das antigas amizades matrimoniais, para se aproximar de

outros semelhantes que compartilham do seu mesmo estado de solidão conjugal e ausência de relação amorosa (Ussel, 2001).

5.2. Solidão, Idade, Género e Estado Civil

O aumento da incapacidade com a idade e falta de uma rede de relações significativa, traduz-se num aumento da prevalência da solidão nos mais velhos. A solidão, emocional e não necessariamente a social, aumenta com a idade; não pela idade *per se*, mas pelas alterações decorrentes do processo de envelhecimento (Perlman, 2004).

Relativamente à solidão e às diferenças de género, os dados não são consensuais; aponta-se para que os homens possam apresentar maiores índices de solidão, uma vez que as mulheres habitualmente têm redes sociais mais alargadas (Hazer & Boylu, 2010).

Quanto ao estado civil, é notório que idosos casados, que vivem com os seus cônjuges ou cônjuges e filhos, se sentem menos sós que os solteiros ou os viúvos. A viuvez e a perda de amigos próximos, são claros determinantes de solidão (Hazer & Boylu, 2010; Holmén & Furukawa, 2002).

A viuvez é frequentemente traduzida num aumento de queixas dolorosas, sintomas depressivos e sentimento de solidão nos idosos, dependendo da vulnerabilidade pessoal e do grau de apoio familiar e social (Oliveira, 2012; Sasson & Umberson, 2014; Sofaer-Bennett, et al., 2007; Utz, Swenson, Caserta, Lund, & deVries, 2014). De um modo geral, a solidão diminui com o passar do tempo, sugerindo que, existe um processo de ajustamento, através do qual, as pessoas viúvas se sentem menos sozinhas à medida que o tempo passa (Utz, et al., 2014).

5.3. Solidão e (In)capacidade Funcional

A presença de uma doença ou limitação física ou psicológica, aumenta o medo de solidão no momento ou num tempo futuro; as pessoas doentes tendem a afastar-se das pessoas que são emocionalmente saudáveis, causando isolamento social (Hazer & Boylu, 2010, p. 2087; Holmén & Furukawa, 2002).

Burholt & Scharf (2014) concluíram que o aumento de condições crónicas poderá ser considerado um fator potenciador da diminuição dos níveis de interação e participação.

A limitação física ou a incapacidade funcional tende a levar à dependência da ajuda de outros, a ficar em casa e a aumentar as necessidades de serviços de saúde. Todos estes factores afetam a satisfação do indivíduo com a vida, o seu bem-estar e as

suas actividades diárias, e estão associados a sentimentos de solidão (Hazer & Boylu, 2010). Muitos portadores de doenças crónicas isolam-se por limitações físicas, mas também por perda de confiança, incerteza e medo em torno da dor. Assim, a incapacidade de sair e de estar com a família ou amigos não se trata apenas de uma consequência da perda de função ou mobilidade física (Sofaer-Bennett, et al., 2007).

No estudo de Hacıhasanoğlu et al., (2012), os autores procuraram a relação entre a solidão e o nível de dependência nas actividades da vida diária (AVDs), nos idosos. Verificaram que a solidão é significativamente maior nos idosos que vivem sozinhos, do que naqueles que vivem com os seus cônjuges e filhos, à semelhança do que tinham encontrado em estudos prévios. Quando vivem com os seus familiares, os idosos são mais felizes e sentem-se seguros. Constataram também, que idosos com uma doença crónica, apresentavam valores de solidão significativamente maiores do que aqueles que não padeciam de doença crónica (Hacıhasanoğlu et al., 2012).

A solidão verificou-se ainda ser maior nos idosos com dificuldade em desempenhar as suas actividades diárias e nos que são parcial ou totalmente dependentes dos outros, do que nos idosos que não tinham essas dificuldades, ou que eram capazes de as desempenhar de modo independente, apesar das suas dificuldades (Hacıhasanoğlu et al., 2012). O nível de dependência na realização das AVDs, é significativamente maior nas mulheres, possivelmente por padecerem mais de doenças crónicas que os homens (Hacıhasanoğlu et al., 2012). Do mesmo modo, o nível de dependência foi também significativamente maior nos idosos que eram viúvos e divorciados, em comparação com os casados ou solteiros.

O estudo permitiu concluir que a solidão, à semelhança do que foi referido anteriormente, aumenta com a idade, o facto de ser viúvo ou divorciado, viver sozinho, a existência de doenças crónicas, não ser visitado por familiares e com a dependência de outras pessoas para a realização de AVDs (Hacıhasanoğlu et al., 2012).

CAPITULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA

1. Problema

Estima-se que em 2030 o número de pessoas a nível mundial, acima dos 60 anos de idade, deverá crescer cerca de 56% para 1,4 bilhões e em 2050 a população global de pessoas idosas, deverá atingir o dobro da população de 2015, chegando aos 2.1bilhões de idosos (ONU, 2015).

O processo de envelhecimento resulta de mudanças biológicas associadas a mudanças psicológicas e sociais, que colocam a população idosa em confronto com perdas e mudanças que exigem o seu constante ajustamento. Em virtude do declínio físico e surgimento de patologias inerentes ao processo de envelhecimento, a prevalência de doenças crónicas aumenta, com conseqüente aparecimento de dor (Silva, 2011).

Estima-se que 36% da população portuguesa sofra de dor crónica, das quais 50%, referem que a dor afecta de forma moderada ou grave, as suas actividades e 17% sofrem de depressão (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

Os maiores desafios enfrentados por famílias com pessoas idosas são as altas taxas de incapacidade, limitações funcionais, deficiências sensoriais, demenciais e elevada frequência de condições crónicas associadas ao envelhecimento, que se traduzem na necessidade de cuidados por partes de outros, na carga sobre a família e sobre o sistema de saúde (Torres, et al., 2010; Vera, et al., 2014).

A família é considerada o principal ambiente social do indivíduo e a importância da estrutura familiar na vida do idoso, é fundamental para o seu bem-estar e qualidade de vida. A qualidade do ambiente afectivo é um factor determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade do idoso. Quanto mais harmonioso e equilibrado for o sistema familiar, melhor é a adaptação do indivíduo às necessidades do processo de envelhecimento (Andrade & Martins, 2016).

Muitos portadores de doenças crónicas isolam-se por limitações físicas, mas também por perda de confiança, incerteza e medo em torno da dor (Sofaer-Bennett, et al., 2007). Há uma diminuição do número de contactos sociais, assim como da qualidade dos contactos que permanecem, que se traduzem em solidão. Além da dor e da incapacidade, outros factores poderão estar na base de sentimentos de solidão: a reforma e a viuvez.

Dados do INE, mostram que em 2011 existiam no continente Português, 10,6% de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos de idade (INE, 2011).

A manutenção da autonomia e da independência são condições necessárias para um processo de envelhecimento saudável e é, com base nesse pressuposto, que se deve instrumentar e operacionalizar uma política de cuidados à saúde do idoso (Viana, 2014).

Perante esta realidade, torna-se a meu ver, importante compreender que forma poderá haver uma relação entre a dor crónica, dos utentes seguidos em consulta da dor, com a incapacidade, a solidão e a funcionalidade familiar?

2. Objetivos

O objectivo geral da investigação é: avaliar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional por Dor, a Funcionalidade Familiar e a Solidão, em idosos acompanhados em Consulta da Dor.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar sociodemograficamente os idosos;
- Avaliar a dor quanto à intensidade e localização, nos idosos;
- Avaliar e caracterizar a incapacidade funcional pela dor, a funcionalidade familiar e a solidão dos idosos;
- Avaliar as relações entre a intensidade da dor, a incapacidade funcional, a funcionalidade familiar e a solidão.

3. Hipóteses

H₁ - A dor será mais frequente e intensa em mulheres e nas viúvas;

H₂ - A incapacidade funcional será superior nas mulheres e nas viúvas;

H₃ - A solidão será maior nas mulheres e nas viúvas;

H₄ - A funcionalidade familiar será maior nos casados e vivem em meio rural;

H₅ - A intensidade da dor, a incapacidade funcional e a solidão estão diretamente relacionadas entre si e inversamente relacionadas com a funcionalidade familiar.

4. Material e Métodos

4.1. Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal.

4.2. Local:

Teve lugar na Unidade de Dor Crónica e Medicina Paliativa, do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco e na Consulta Externa do Hospital do Fundão, entre Março e Junho de 2017.

4.3. Amostra:

Intencional, constituída por 59 idosos acompanhados na Consulta da Dor, por motivo de Dor Crónica de causa Oncológica ou Não Oncológica.

4.4. Critérios de Inclusão:

Foram incluídas as pessoas com idade ≥ 55 anos, com Dor Crónica, sem déficite cognitivo e que aceitaram participar no estudo (assinaram o consentimento informado).

4.5. Critérios de Exclusão:

Foram excluídas as pessoas com idade < 55 anos, que apresentavam déficite cognitivo ou, que não aceitaram participar no estudo.

4.6. Método de Recolha de Dados

4.6.1. Considerações Éticas

Para a realização do estudo, foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração da ULSCB e do CHCB, dos respectivos Diretores de Serviço envolvidos e das Comissões de Ética das instituições envolvidas. O parecer foi positivo em ambas **(Anexo 1)**.

Para a recolha de dados, foi elaborado um Consentimento Livre e Informado **(Anexo 2)**, com uma breve explicação do estudo, seus objetivos e garantia de confidencialidade dos dados recolhidos. Para cada utente foram aplicados dois

exemplares, um para o próprio utente e outro para o investigador, todos datados e assinados pelos participantes (utente e investigador).

Para a utilização dos diferentes questionários, foi também feita a solicitação de autorização ao autor da validação para a população Portuguesa (**Anexo 3**).

4.6.2. Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha foi feita através da aplicação de questionários, num único momento (antes ou depois da consulta). Para as diferentes medidas, foram utilizados instrumentos específicos de avaliação (**Anexo 4**), nomeadamente:

Função Cognitiva – Questionário Breve de Estado Mental

Questionário validado e integrado no Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (OARS), sob a nomenclatura de “Questões preliminares” (Rodrigues, 2008). Trata-se de um instrumento utilizado na avaliação do deficit da função cognitiva, composto por um total de 10 questões, cada uma classificada como certa ou errada. Se o indivíduo errar entre 0-2 questões é considerado mentalmente funcional, entre 3-4 questões com limitação cognitiva média, 5-7 questões com limitação cognitiva moderada e 8 ou mais questões com limitação cognitiva severa. Considera-se que a informação não é fiável se o indivíduo errar 4 ou mais das 10 perguntas. Deve-se permitir mais um erro para pessoas que possuem escolaridade ao nível ou abaixo do ensino básico e menos um erro para pessoas com escolaridade acima do ensino secundário (Pfeiffer, 1975).

Dados Sociodemográficos – questionário elaborado pela autora, para recolha dos dados necessários (idade, género, estado civil, escolaridade, local de residência, rede familiar e de suporte social; tempo de acompanhamento em consulta da dor, intensidade e local da dor, comorbilidades e outras valências por que possa ser acompanhado).

Dor Crónica e Incapacidade – Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (IRCD)

Questionário de auto-aplicação, criado para avaliar sete importantes dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor. É constituído por sete itens, com escalas de classificação numéricas de 11 pontos (0-10), que avaliam a incapacidade relacionada com a dor nas responsabilidades familiares e domésticas, nas actividades de lazer, nas actividades sociais, no trabalho, no comportamento sexual, nos cuidados pessoais e nas actividades vitais. Quanto maior o score final, maior a incapacidade da

pessoa por dor. Este instrumento tem tido uma vasta utilização em vários contextos e em utentes com quadros dolorosos de etiologia muito variada, devido à sua brevidade, facilidade de aplicação e boas propriedades psicométricas, existindo evidência sobre a sua adequada validade, reprodutibilidade e sensibilidade. Foi validado para a população portuguesa por Azevedo, et al em 2007, tendo verificado que a consistência interna e a reprodutibilidade teste-reteste das subescalas são excelentes, confirmando as óptimas propriedades descritas para este instrumento (Azevedo, et al., 2007).

No processo de validação do instrumento para a população Portuguesa, verificou-se que a consistência interna (α de Cronbach global: 0,656) e a reprodutibilidade teste-reteste (0,808) das subescalas são excelentes, confirmando as óptimas propriedades descritas para este instrumento (Azevedo, et al., 2007).

Solidão – Escala de Solidão da UCLA

O nome original é “UCLA Loneliness Scale”; foi desenvolvida por Russel, Peplau & Cutrona em 1980 e validada para a população Portuguesa por Felix Neto em 1989. Possui 18 itens e avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se através de uma escala de tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima possível é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados da forma inversa (itens 1,4,5,8,9,13,14,17 e 18), e reflecte o índice de solidão. Assim, um resultado mais elevado traduz solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz satisfação social (ausência de solidão) (Correia, 2012). Esta escala demonstra validade, quer em termos avaliativos da solidão quer em termos discriminativos entre a solidão e outros constructos relacionados (Neto, 1989).

No que diz respeito às qualidades métricas, a escala de solidão da UCLA adaptada para a população portuguesa revelou uma boa consistência interna e uma boa validade, confirmada pelas correlações entre a solidão e os diversos estados emocionais relacionados com a solidão (0,46) que os participantes avaliaram. O coeficiente de Alfa de Cronbach desta escala é de 0,87, o que corresponde a um bom valor (Neto, 1989).

Funcionalidade Familiar – APGAR Familiar

Questionário desenvolvido por Gabriel Smilkstein, em 1978. Foi traduzido, adaptado e validado por Agostinho & Rebelo em 1988; pode ser auto-aplicado e procura quantificar a perceção que o inquirido tem do funcionamento da sua família, através de cinco itens: Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e Resolve (Capacidade resolutive) (Agostinho & Rebelo, 1988).

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar: Família com disfunção severa – 0 a 3; Família com disfunção leve – 4 a 6; Família altamente funcional – 7 a 10 pontos (Agostinho & Rebelo, 1988).

A pontuação final possibilita a classificação dos níveis de funcionamento (disfuncionalidade e funcionalidade) familiar, sendo que o maior score indica maior satisfação da pessoa índice que recebe o cuidado (Vera, et al., 2014).

Trata-se de um teste amplamente utilizado por investigadores da América Latina, Portugal e Espanha, na abordagem de dinâmicas familiares, em diversas circunstâncias e sob diferentes perspetivas (Oliveira, Araújo & Rodrigues, 2012).

De acordo com a avaliação psicométrica do instrumento, verifica-se que de uma forma global a escala apresenta médias e desvios padrão com poucas oscilações e um elevado Alpha de Cronbach (0,909) com valores que variam entre um mínimo de 0,871 (item 2) e um máximo de 0,938 (item 5) demonstrando uma consistência interna muito boa (Costa, 2014).

4.7. Tratamento de Dados

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e a estatística inferencial.

Através da análise descritiva, a estatística permite resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Através da inferência estatística, é possível determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população, através da verificação de hipóteses.

As estatísticas descritivas utilizadas incidem nos seguintes indicadores de medida: Frequências (Absolutas, Relativas ou percentuais, Mínimo, Máximo); Medidas de tendência central (Médias); Medidas de dispersão ou variabilidade (Desvios padrão, Coeficientes de variação (CV)).

A inferência estatística foi feita através de testes estatísticos, nomeadamente de testes não paramétricos, tendo em conta o facto de a amostra não apresentar uma distribuição normal.

Para a analisar se a distribuição de uma variável tem igual forma em dois grupos, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Para a analisar se a distribuição de uma variável é feita de igual forma em mais de dois grupos, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Para a análise da correlação entre as variáveis, recorreu-se o teste não paramétrico de correlação de R Spearman.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando a versão 20 do programa informático SPSS – Statistical Package For Social Science.

5. Apresentação e Análise dos Resultados

5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

5.1.1. Características Pessoais

As características demográficas da amostra são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		Frequência	Percentagem (%)
Género	Masculino	20	33,9
	Feminino	39	66,1
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	6	10,2
	Sabe ler e escrever	6	10,2
	Ensino básico primário	33	55,9
	Ensino básico preparatório	4	6,8
	Ensino Secundário	1	1,7
	Ensino médio	6	10,2
	Ensino superior	3	5,1
Estado Civil	Solteiro	3	5,1
	Casado(a) / união de facto	33	55,9
	viuvo(a)	23	39,0

Da análise dos dados obtidos, realça-se que a média de idades foi de 77,15 anos, com um desvio padrão de 9,627, sendo que o indivíduo mais novo tinha 56 anos e o mais velho 94.

Dos 59 sujeitos, 20 eram do género masculino de 39 do género feminino. Dos 59 participantes, 58 eram acompanhados na Consulta da Dor do Hospital Amato Lusitano e apenas um utente no CHCB.

Em termos de escolaridade, a maior parte da amostra possui o ensino básico primário (55,9%). Apenas 5,1% tinham ensino superior.

55,9% dos indivíduos eram casados ou vivam em união de facto, 39% eram viúvos e apenas 5,1% eram solteiros.

5.1.2. Características Residenciais e Familiares

Os dados relativos às características residenciais e familiares estão representados na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização Residencial e Familiar da Amostra

		Frequência	Percentagem (%)
Local de Residência	Meio rural	36	61,0
	Cidade	23	39,0
Número de filhos	0	4	6,8
	1	11	18,6
	2	29	49,2
	3	10	16,9
	4	2	3,4
	5	3	5,1
Com quem habita	Sozinho (a)	12	20,3
	Acompanhado (a)	47	79,7
Com quem vive acompanhado	Cônjuge	27	57,4
	Filhos(as)	7	14,9
	Cônjuge e filho(s)	3	6,4
	Outros familiares	2	4,3
	Instituição	8	17,0
	Total	47	100,0
Cuidadores habituais	Cônjuge	19	32,2
	Irmãos / irmãs	1	1,7
	Filhos (as)	25	42,4
	Outro parente	2	3,4
	Amigos	1	1,7
	Não necessita	2	3,4
	Cuidadores formais	9	15,3
Frequência de prestação de cuidados	Sempre que necessário	32	54,2
	Por pouco tempo (de poucas semanas a 6 meses)	5	8,5
	Às vezes (levar ao médico, etc)	20	33,9
	NS / NR	2	3,4

Verifica-se que 61% viviam em meio rural e 39% viviam em meio urbano (Castelo Branco).

A média de filhos por sujeito é de 2,07, com um desvio padrão de 1,112. Apenas 4 pessoas não tinham filhos.

Dos 59 inquiridos, 12 viviam sozinhos e 47 acompanhados, dos quais, na sua maioria pelo cônjuge (56,3%), 16,7% pelos filhos, 16,7% numa instituição, 6,3% habita com o cônjuge e o(s) filhos(s) e apenas 4,2% com outros familiares.

Os cuidadores habituais são na sua maioria os filhos (42,4%) e o cônjuge (32,2%). 15,3% recebem apoio de cuidadores formais e 3,4% não necessitam de auxílio de cuidadores. Os cuidados são prestados maioritariamente, sempre que necessário (54,2%) ou apenas às vezes, para levar por exemplo ao médico (33,9%).

5.1.3. Características Clínicas

As características clínicas dos idosos inquiridos são apresentadas nas Tabelas 6 a 10.

Tabela 6 - Características Clínicas da Amostra

		Frequência	Percentagem (%)
Patologia associada à Dor	Osteoarticular degenerativa	28	47,5
	Oncológica	16	27,1
	Pós-cirurgia ortopédica	5	8,5
	Pós cirurgia oncológica	5	8,5
	Neurológica	3	5,1
	Reumatológica	2	3,4
Origem da Dor	Dor Crónica Não Oncológica	37	62,7
	Dor Crónica de causa Oncológica	22	37,3
Local da Dor	Corpo todo	5	8,5
	Coluna vertebral total	4	6,8
	Coluna lombar	9	15,3
	Membros Superiores	3	5,1
	Membros Inferiores	12	20,3
	Hemicorpo direito e esquerdo	4	6,8
	Região torácica	1	1,7
	Região pélvica	1	1,7
	Região abdominal	8	13,6
	Mais que uma região	12	20,3
Acompanhamento noutras valências	Fisioterapia	1	1,7
	Especialidades Médicas	43	72,9
	Fisioterapia + Especialidades Médicas	6	10,2
	Psicologia + Especialidades Médicas	1	1,7
	Fisioterapia + Psicologia + Especialidades Médicas	4	6,8
	Nenhuma	4	6,8

As patologias mais associadas à dor eram doenças osteoarticulares degenerativas (47,5%) e doenças oncológicas (27,1%) e com menor expressão, as doenças reumatológicas (3,4%). Em 62,7% das queixas, a origem da dor é uma causa não oncológica e 37,3% das queixas são de causa oncológica. As principais queixas de dor crônica nos homens são maioritariamente de origem oncológica e nas mulheres, de origem não oncológica (Tabela 7).

Em termos de localização das queixas, 20,3% das queixas localizam-se ao nível dos membros inferiores e em mais que uma região (20,3%), seguindo-se a coluna lombar (15,3%) e 8,5% com dores pelo corpo todo.

Do total dos inquiridos, 72,9% eram acompanhados em outras especialidades médicas, 10,2% em outras especialidades médicas e fisioterapia e apenas 6,8% em outras especialidades médicas, fisioterapia e psicologia.

Tabela 7 - Distribuição da Origem da Dor por Género

		Origem da Dor	
		Dor Crónica Não Oncológica	Dor Crónica de causa Oncológica
		N %	N %
Género	Masculino	18,9%	59,1%
	Feminino	81,1%	40,9%

No que concerne à intensidade da dor, a maior percentagem dos participantes classifica a dor como “dor intensa” (37,3%). Classificam a dor como “máxima” apenas 6,8% dos sujeitos e 11,9% referem não ter dor (“sem dor”) (Tabela 8).

Tabela 8 - Intensidade da Dor

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentual acumulado
Sem Dor	7	11,9	11,9	11,9
Dor ligeira	11	18,6	18,6	30,5
Dor moderada	15	25,4	25,4	55,9
Dor intensa	22	37,3	37,3	93,2
Dor máxima	4	6,8	6,8	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Tabela 9 - Distribuição da Intensidade da Dor

		Intensidade da Dor				
		Sem Dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima
		N %	N %	N %	N %	N %
Género	Masculino	57,1%	45,5%	40,0%	22,7%	0,0%
	Feminino	42,9%	54,5%	60,0%	77,3%	100,0%
	Solteiro	0,0%	0,0%	13,3%	4,5%	0,0%
Estado Civil	Casado(a) / união de facto	71,4%	54,5%	53,3%	59,1%	25,0%
	Divorciado(a) / separado(a)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Viúvo(a)	28,6%	45,5%	33,3%	36,4%	75,0%
Com quem habita	Sozinho (a)	0,0%	18,2%	20,0%	18,2%	75,0%
	Acompanhado (a)	100,0%	81,8%	80,0%	81,8%	25,0%
Com quem vive acompanhado	Cônjuge	57,1%	55,6%	58,3%	57,9%	0,0%
	Filhos(as)	14,3%	22,2%	16,7%	10,5%	100,0%
	Cônjuge e filho(s)	14,3%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%
	Outros familiares	0,0%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%
	Instituição	14,3%	22,2%	25,0%	10,5%	0,0%
Origem da Dor	Dor Crónica Não Oncológica	14,3%	54,5%	60,0%	77,3%	100,0%
	Dor Crónica de causa Oncológica	85,7%	45,5%	40,0%	22,7%	0,0%
APGAR Familiar_Score	Família Altamente Funcional	85,7%	72,7%	66,7%	77,3%	100,0%
	Família com Moderada Disfunção	14,3%	27,3%	26,7%	13,6%	0,0%
	Família com Disfunção Acentuada	0,0%	0,0%	6,7%	9,1%	0,0%

A maior percentagem de situações “sem dor” verificou ser superior nas seguintes situações: género masculino, nos indivíduos casados ou em união de facto, nos que vivem acompanhados e pelo cônjuge, nos que apresentam dor crónica de causa oncológica e nos que têm uma família altamente funcional.

A maior percentagem de situações de “dor máxima” foi superior no género feminino, nos viúvos, nos que vivem sozinhos, nos que vivem acompanhados pelos filhos e nos que referem dor cuja causa não é oncológica.

Em relação ao nível de escolaridade, os indivíduos sem escolaridade classificam a dor predominantemente como “ligeira” (27,3%), com o ensino básico primário como “sem dor” (57,1%), assim como os inquiridos com ensino médio e superior 28,6% e 14,3% respetivamente.

Relativamente à patologia associada à dor, a que apresenta uma maior percentagem de “sem dor” são as condições oncológicas (57,1%) e pós-cirurgia oncológica (28,6%) e com “dor máxima” as doenças osteoarticulares degenerativas (75%) e pós-cirurgias ortopédicas (25%).

Os participantes que são acompanhados apenas noutras especialidades médicas, classificam a dor preferencialmente como “dor moderada” (86,7%). Por sua vez, os que são acompanhados por um maior número de valências (especialidades médicas, fisioterapia e psicologia) classificam maioritariamente a dor como “sem dor” (14,3%).

Não referem dor os utentes que manifestam como local habitual de dor a região abdominal (42,9%) e como “dor máxima” os que têm dores em mais que uma região do corpo (75%).

Relativamente à funcionalidade familiar, é importante salientar os participantes com famílias com disfunção acentuada, classificam maioritariamente a dor como “intensa”.

Tabela 10 - Tempo em Consulta da Dor e Número de Comorbilidades

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo em Consulta da Dor (em meses)	58	0	216	15,80	31,601
Número de Comorbilidades	59	0	5	1,90	1,282
Total	59				

De acordo com a Tabela 10, os inquiridos eram acompanhados em consulta da dor há uma média de 15,80 meses, sendo que o tempo máximo de acompanhamento em consulta é de 216 meses e o mínimo de 0 meses. Para 12 utentes que responderam ao questionário, era a primeira vez que realizavam aquela consulta (0 meses).

5.1.4. Pontuações Instrumentos de Medida

As pontuações dos instrumentos de medida utilizados para avaliar cada dimensão específica, são apresentados nas Tabelas seguintes (Tabela 11-16).

Tabela 11 - Categorias no Questionário Breve de Estado Mental

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentual acumulado
Mentalmente Funcional	55	93,2	93,2	93,2
Limitação Cognitiva Média	4	6,8	6,8	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Relativamente ao Questionário Breve de Estado Mental, verificou-se que 93,2% dos inquiridos são mentalmente funcionais e apenas 6,8% apresentavam limitação cognitiva média.

Tabela 12 - Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor_Score	59	2	50	24,24	13,423
IRCD_1_Responsabilidades familiares/domésticas	59	0	10	6,19	3,148
IRCD_2_Tempos de Lazer	59	0	10	4,85	2,982
IRCD_3_Atividades Sociais	59	0	10	3,47	3,093
IRCD_4_Ocupação	59	0	10	5,49	3,019
IRCD_5_Comportamento sexual	59	0	10	,63	2,033
IRCD_6_Cuidados pessoais	59	0	8	2,86	2,974
IRCD_7_Atividades vitais	59	0	5	,76	1,250
Total	59				

A média do score do Índice de incapacidade relacionada com a dor é de 24,24, com um desvio padrão de 13,423. O valor máximo obtido foi de 50 e o mínimo de 2.

A questão que obteve uma menor pontuação média foi a das actividades vitais, com um valor de 0,76 e um desvio padrão de 1,250. A questão que obteve uma maior pontuação média foi a das responsabilidades domésticas, com um valor de 6,19 e um desvio padrão de 3,148.

Tabela 13 - Escala de Solidão da UCLA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escala de Solidão UCLA	59	33	72	59,66	8,388
Total	59				

A escala de solidão da UCLA apresenta um valor médio de 59,66 pontos, com um desvio padrão de 8,388. O valor mínimo foi de 33 e o máximo de 72 valores.

Tabela 14 - Categorias no APGAR Familiar

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentual acumulado
Família Altamente Funcional	45	76,3	76,3	76,3
Família com Moderada Disfunção	11	18,6	18,6	94,9
Família com Disfunção Acentuada	3	5,1	5,1	100,0
Total	59	100,0	100,0	

Dos 59 sujeitos, 76,3% demonstraram ter uma família altamente funcional, 18,6% uma família com moderada disfunção e apenas 5,1% uma família com disfunção acentuada.

Relativamente às distintas dimensões que compõem o instrumento:

Adaptação: 78% dos inquiridos, responderam “quase sempre” estão satisfeitos com a ajuda que recebem da família sempre que alguma coisa os preocupa e apenas 22% responderam “algumas vezes”.

Companheirismo: 71,2% dos sujeitos responderam que “quase sempre” estão satisfeitos pela forma como a família discute os assuntos de interesse comum e compartilha com eles a solução do problema. 22% responderam “alguma vez” e 6,8% quase “nunca”.

Desenvolvimento: 50,8% da amostra respondeu achar que a sua família concorda “quase sempre” com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estio de vida; 45,8% responderam “algumas vezes” e 3,4% “quase nunca”.

Afetividade: 55,9% dos inquiridos responderam que estão satisfeitos com o modo como a sua família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos “quase sempre”, 39% “algumas vezes” e 5,1% “quase nunca”.

Capacidade Resolutiva: 47,5% dos sujeitos estão “quase sempre” satisfeitos com o tempo que passam com a sua família, 45,8% responderam “algumas vezes” e 6,8% “quase nunca”.

A distribuição da pontuação em cada dimensão, pode ser analisada na Tabela 15.

Tabela 15 - Dimensões do APGAR Familiar

	Adaptação	Companheirismo	Desenvolvimento	Afectividade	Capacidade Resolutiva
Quase nunca	-	6,8%	3,4%	5,1%	6,8%
Algumas vezes	22%	22%	45,8%	39,0%	45,8%
Quase sempre	78%	71,2%	50,8%	55,9%	47,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

As dimensões onde os sujeitos apresentaram estar menos satisfeitos, com uma maior percentagem de “quase nunca” é no Companheirismo e Capacidade Resolutiva, com uma percentagem de 6,8% para cada uma. A Adaptação não apresentou qualquer resposta “quase nunca”.

O mesmo se pode verificar pela maior percentagem de “quase sempre” de 78%, na dimensão Adaptação, onde os inquiridos revelam estar mais satisfeitos com a sua família. Por sua vez, a Capacidade Resolutiva, é a componente onde apresentam uma menor percentagem de “quase sempre” com um valor de 47,5%.

A distribuição da funcionalidade familiar, por percentagem, pode ser analisada na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição da Funcionalidade Familiar

		APGAR Familiar		
		Família Altamente Funcional	Família com Moderada Disfunção	Família com Disfunção Acentuada
		N %	N %	N %
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	11,1%	9,1%	0,0%
	Sabe ler e escrever sem ensino	8,9%	18,2%	0,0%
	Ensino básico primário	57,8%	45,5%	66,7%
	Ensino básico preparatório	4,4%	18,2%	0,0%
	Ensino Secundário	2,2%	0,0%	0,0%
	Ensino médio	11,1%	0,0%	33,3%
	Ensino superior	4,4%	9,1%	0,0%
	NS/NR	0,0%	0,0%	0,0%
Estado Civil	Solteiro	4,4%	9,1%	0,0%
	Casado(a) / união de facto	57,8%	36,4%	100,0%
	Divorciado(a) / separado(a)	0,0%	0,0%	0,0%
	Viúvo(a)	37,8%	54,5%	0,0%
Local de Residência	Meio rural	62,2%	63,6%	33,3%
	Cidade	37,8%	36,4%	66,7%
Com quem habita	Sozinho(a)	24,4%	9,1%	0,0%
	Acompanhado(a)	75,6%	90,9%	100,0%
Com quem vive acompanhado	Cônjuge	62,9%	20,0%	100,0%
	Filhos(as)	14,3%	30,0%	0,0%
	Cônjuge e filho(s)	8,6%	0,0%	0,0%
	Outros familiares	5,7%	0,0%	0,0%
	Instituição	8,6%	50,0%	0,0%
Patologia associada à Dor	Osteoarticular degenerativa	46,7%	36,4%	100,0%
	Oncológica	22,2%	54,5%	0,0%
	Pós-cirurgia ortopédica	8,9%	9,1%	0,0%
	Pós-cirurgia oncológica	11,1%	0,0%	0,0%
	Neurológica (ex.: AVC, Esclerose Múltipla, etc.)	6,7%	0,0%	0,0%
	Reumatológica	4,4%	0,0%	0,0%
Origem da Dor	Dor Crónica Não Oncológica	64,4%	45,5%	100,0%
	Dor Crónica de causa Oncológica	35,6%	54,5%	0,0%

Verifica-se uma maior funcionalidade familiar, tendo em conta a percentagem de respostas, nas seguintes situações: sujeitos com o ensino básico primário, casados ou em união de facto, que vivem em meio rural, que vivem acompanhados e com o cônjuge, que têm doença oosteoarticular degenerativa, com dor de causa não oncológica.

Por sua vez, apresentam uma família com moderada disfunção os indivíduos com ensino básico primário, viúvos, que vivem na cidade, numa instituição, que têm uma doença oncológica e cuja origem da dor, é oncológica.

5.2. Comparação dos Resultados nas Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

5.2.1. Intensidade da Dor

Tendo-se verificado que, à excepção da idade, nenhuma outra variável apresenta uma distribuição normal, através dos Testes Não-Paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, procurou-se verificar a distribuição da média da Intensidade da Dor nos diferentes grupos.

Da análise dos resultados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição da média da intensidade da dor nas seguintes situações:

- entre o género feminino e masculino, sendo superior no género feminino ($p=0,019$);
- de acordo com a patologia associada ($p=0,027$). É superior nos casos de patologia reumatológica (44,50), seguindo-se as condições de patologia oosteoarticular degenerativa (35,64) e é menor nos indivíduos com patologia oncológica (19,56);
- na origem da dor ($p=0,002$). A média da intensidade da dor é significativamente superior nas doenças de causa não oncológica (35,20), do que nas condições de dor de origem oncológica (21,25).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com outras variáveis:

- média da intensidade da dor é semelhante, independentemente do estado civil ($p=0,747$).
- média da intensidade da dor não difere significativamente, de acordo com o local em que vive, seja ele rural ou cidadão; é semelhante ($p=0,686$).
- a dor é em média superior nas pessoas que vivem sozinhas (37,88), do que nas que vivem acompanhadas (27,99), no entanto, essa diferença não representa um valor estatisticamente significativo ($p=0,064$).

- a média intensidade da dor é semelhante, independentemente das pessoas com quem vivem acompanhados ($p= 0,635$). No entanto, apesar de a diferença não ser significativa, a média da dor é superior nos indivíduos que vivem com outros familiares (38) e menor nos que vivem numa instituição (21,44). A média da dor é semelhante nos que vivem com o cônjuge (24,23), os filhos (24,63), ou com o cônjuge e os filhos (26,67).

- a média da intensidade da dor é independente do local das queixas de dor ($p=0,175$).

5.2.2. Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

A média do Índice de incapacidade relacionada com a dor varia significativamente entre os géneros ($p= 0,05$), sendo superior no género feminino (33,14) em comparação com o masculino (23,88).

A média do IRCD é ainda significativamente diferente entre as patologias associadas à dor ($p= 0,03$). É mais elevada nos que sofrem de doenças neurológicas (49,33) e menor em condições pós-cirúrgicas oncológicas (11,40). As restantes apresentam a seguinte distribuição: pós-cirurgia ortopédica (33,50), doença oncológica (33,15), doença osteoarticular degenerativa (29,96) e reumatológica (14,25).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas com outras variáveis:

- a média do IRCD não varia significativamente entre os estados civis ($p= 0,334$), no entanto, verifica-se que é maior nos solteiros (37,50) e menor nos casados (27,28);

- a média da IRCD é independente do local onde a pessoa habita ($p= 0,969$), sendo semelhante entre as pessoas que habitam em meio rural e na cidade;

- a média do IRCD é semelhante entre quem vive sozinho ou acompanhado ($p= 0,763$);

- a média do IRCD não varia significativamente, de acordo com as pessoas com quem o inquirido habita ($p= 0,170$), no entanto, é maior nos que vivem com outros familiares (39,50) e menor nos que vivem com o cônjuge e os filhos (14,33);

- a média do IRCD não varia significativamente, de acordo com a origem da dor ($p=0,339$), no entanto, é maior nas situações de DCNO (31,65), do que na dor de causa oncológica (27,23);

- a média do IRCD é semelhante em toda a amostra, independentemente do local da dor ($p= 0,327$), no entanto, é maior quando afeta o hemisfério esquerdo (54,50) e menor quando a queixa é ao nível da região pélvica. Quando a queixa se estende ao corpo todo, a média do IRCD é 36,90.

5.2.3. Solidão

Perante a análise estatística, verifica-se que a média da solidão não apresenta diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos. Destacam-se em seguintes conclusões:

- a média da solidão não varia significativamente com o género ($p= 0,773$), registando valores muito semelhantes entre o género masculino (30,90) e feminino (29,54);

- a média da solidão não é significativamente diferente entre os diversos estados civis ($p=0,783$). Os valores da solidão são superiores nos solteiros (36,33), seguindo-se os viúvos (30,33) e por último, nos casados (29,20);

- a média da solidão é semelhante entre quem vive no meio rural (29,46) e na cidade (30,85), não se verificando diferença estatisticamente significativa entre elas ($p= 0,761$);

- a média da solidão não apresenta valor significativamente distinto entre os sujeitos que vivem sozinhos ou acompanhados ($p= 0,828$), apresentando valores muito semelhantes, 29,04 e 30,24 respetivamente;

- a média da solidão não varia significativamente, em função das pessoas com quem vivem acompanhados ($p= 0,09$), no entanto é maior nos que vivem com outros familiares (44) e menor nos que vivem em instituições (17,44). Os restantes apresentam valores médios de 33,33 (cônjuge e filhos), 28,06 (filhos) e 23,11 (cônjuge);

- a média da solidão não difere significativamente de acordo com a patologia associada ($p=0,933$);

- a média da solidão é semelhante entre os inquiridos cuja dor crónica é de origem oncológica ou não oncológica, não se verificando diferença estatisticamente diferente entre elas ($p= 0,593$). No entanto, regista valores mais elevados nas situações de dor de origem não oncológica (30,92), do que nos de dor de origem oncológica (28,45);

- a média da solidão não varia significativamente em função do local da dor ($p=0,598$).

5.2.4. APGAR Familiar

À semelhança da solidão, não se observou distribuição significativamente diferente na média do APGAR Familiar nos diferentes grupos. No entanto, verificou-se que:

- a média do APGAR Familiar não é significativamente diferente entre o género masculino e feminino ($p=0,227$);

- a média do APGAR Familiar é semelhante entre todos os sujeitos, independentemente do estado civil ($p=0,928$), registrando um valor menor nos casados (29,58) e maior nos solteiros (32,33), mostrando que os casados apresentam uma família mais funcional que os solteiros;

- a média do APGAR Familiar não varia significativamente entre quem vive no meio rural e na cidade ($p= 0,660$), embora se verifique que a funcionalidade familiar é melhor nos sujeitos que vivem no meio rural (29,42) do que nos que vivem na cidade (30,91);

- a média do APGAR Familiar não varia significativamente entre os participantes que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados ($p= 0,155$). É menor nos que vivem sozinhos (25,33), do que nos que vivem acompanhados (31,19), revelando que os sujeitos que vivem acompanhados, apresentam uma família mais funcional dos que os que vivem sozinhos

- a média do APGAR Familiar é semelhante entre todos os participantes, independentemente das pessoas com quem vivem acompanhados ($p= 0,165$). Os que vivem com o cônjuge e os filhos apresentam uma família mais funcional (18,00) do que os participantes que vivem numa instituição (32,06);

- a média do APGAR Familiar não varia significativamente entre os utentes, em função da patologia associada ($p=0,495$). Nas situações pós-cirúrgicas oncológicas, neurológicas e reumatológicas, verifica-se uma melhor funcionalidade familiar (23,00 em todas), seguidas das pós-cirúrgicas ortopédicas (28,60), doenças osteoarticulares degenerativas (30,75) e, com uma menor funcionalidade familiar, os indivíduos que têm doenças oncológicas (33,50);

- a média do APGAR Familiar é semelhante entre todos os inquiridos, ($p=0,767$), independentemente da dor ser de origem oncológica (30,64), ou não oncológica (29,62).

5.3. Correlações entre Variáveis

A presente componente do estudo pretendeu verificar de que modo existe alguma correlação entre as diferentes variáveis. Recorreu-se mais uma vez aos testes não paramétricos, desta feita, ao R de Spearman, para níveis de significância de 0,05 e 0,01.

As correlações existentes podem ser descritas do seguinte modo:

- verifica-se uma correlação positiva ($sig=0,05$) entre a idade e o IRCD_2 (tempos de lazer), com $r=0,303$; o IRCD_4 (ocupação), com $r=0,332$; o IRCD_6 (cuidados pessoais) com $r=0,280$; a solidão (UCLA), com $r=0,288$. Registou-se uma correlação negativa com IRCD_5 (comportamento sexual) com $r=-0,311$;

- em relação ao número de filhos, verificou-se que existe correlação positiva com o IRCD_1 (responsabilidades familiares/domésticas), com $r=0,277$ e, com a solidão com $r=0,269$, para um nível de significância de 0,05;

- o número de comorbilidades apresentou uma correlação positiva com o IRCD_4 (ocupação), com $r=0,269$ ($sig=0,05$);

- a solidão (UCLA) mostrou estar correlacionada, como referido anteriormente, com a idade ($r=0,288$) e com o número de filhos ($r=0,269$).

CAPITULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procurou-se através desta investigação, dar resposta à questão inicial: haverá alguma relação entre a dor crónica, dos indivíduos seguidos em consulta da dor, com a incapacidade, a solidão e a funcionalidade familiar?

Aceitaram participar no estudo 59 sujeitos, acompanhados em Consulta da Dor, residentes, maioritariamente, no Concelho de Castelo Branco. Apenas um residia no Concelho do Fundão.

A idade dos participantes variou entre os 56 e os 94 anos e a média foi de 77,15 anos. 66,1% dos inquiridos eram mulheres e 33,9% homens; 55,9% eram casados ou vivam em união de facto, 39% eram viúvos e apenas 5,1% eram solteiros.

No que diz respeito à residência, 61% dos participantes vivam nas aldeias do Concelho de Castelo Branco e Fundão e 39% na cidade de Castelo Branco. Verificou-se, à semelhança do que Andrade & Martins (2016) referem, que estamos perante uma mudança na estrutura familiar; a família nuclear dá origem a uma família alargada, onde várias gerações co-habitam. Ao mesmo tempo, os que vivem mais distantes dos familiares mais próximos como os filhos ou os netos, ficam sós nas suas próprias habitações ou são institucionalizados (Pimentel, 2005). Da amostra recolhida, 20,3% vivem sozinhos e 79,7% acompanhados. Dos sujeitos que vivem acompanhados, a maioria vive com o cônjuge, com os filhos ou numa instituição, sendo que os cuidadores habituais são também o cônjuge, os filhos e os cuidadores informais, funcionários da instituição onde residem. A limitação física tende a levar à dependência e ajuda dos outros e quando vivem com os seus familiares, os idosos são mais felizes e sentem-se mais seguros (Hacıhasanoğlu et al., 2012; Hazer & Boylu, 2010). Na verdade, segundo Reese, et al (2010) as relações interpessoais, em particular as familiares e mais próximas, poderão ser a chave para o entendimento e auto-gestão da dor e da funcionalidade. A família é considerada o principal ambiente social do indivíduo e constitui um importante determinante na sua funcionalidade (Andrade& Martins, 2016)

Relativamente às queixas dolorosas, a maior percentagem está associada a doenças osteoarticulares degenerativas (47,5%) e oncológicas (27,1%) e localizam-se predominantemente nos membros inferiores e em mais que uma região, seguindo-se a dor lombar, à semelhança do que Chou et al., (2009) e Hall (2016) defendem: as DCNO de maior prevalência são algumas neuropatias e doenças degenerativas músculo-esqueléticas, entre as quais a dor crónica lombar. A intensidade é significativamente mais alta nas mulheres que nos homens, assim como nos casos de dor de origem não oncológica. Os dados vão de encontro à bibliografia, referindo que a dor é mais frequente e mais intensa nas mulheres (Gallant & Hadjistavropoulos, 2017; Hurley & Adams, 2008).

A intensidade da dor não mostrou variar significativamente com o estado civil. No entanto, revelou ser mais elevada nas pessoas que vivem sozinhas, do que nas que

vivem acompanhadas. Das que vivem acompanhadas, a dor é maior nos que vivem com outros familiares e menor nos que residem em instituições. É semelhante entre os que vivem com o cônjuge, os filhos ou com o cônjuge e os filhos.

Constatou-se também, que a maioria dos participantes (72,9%) eram acompanhados por outras especialidades médicas. Do mesmo modo, verificou-se também, que os participantes que eram acompanhados por um maior número de valências (especialidades médicas, fisioterapia e psicologia) classificaram maioritariamente a dor como “sem dor”, ao invés dos que eram acompanhados somente por outras especialidades médicas e categorizaram a dor preferencialmente como “dor moderada” (86,7%). Estes dados, realçam a importância das equipas multidisciplinares na abordagem da dor, entre os quais psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, etc (CNOD, 2010).

No que diz respeito à incapacidade relacionada com a dor, a pontuação média foi de 24,24. A questão que obteve a pontuação mais baixa e por isso a menos comprometida, é referente às actividades vitais e a mais elevada foi a das responsabilidades familiares/domésticas. Novamente as mulheres apresentaram um maior e significativo compromisso funcional relacionado com a dor, em relação aos homens. Os resultados obtidos vão de encontro aos estudos anteriores, onde as mulheres idosas apresentam maior compromisso funcional que os homens, pela sua maior sobrevivência, maior prevalência de condições incapacitantes, assim como a própria viuvez (Hughes & Waite, 2009; Murtagh & Hubert, 2004).

Constatou-se também que a incapacidade funcional por dor é superior nos participantes com doença neurológica e menor nas condições pós-cirúrgicas oncológicas. Tendo em consideração a origem da dor, verificou-se maior incapacidade funcional nos inquiridos com dor de causa não oncológica, do que nos indivíduos com dor de causa oncológica.

Contrariamente ao verificado na revisão bibliográfica, não se registaram diferenças estatisticamente significativas na IRCD, tendo em conta o estado civil, o facto de viver sozinho ou acompanhado, nem com quem o idoso vive acompanhado. Tal facto poderá estar relacionado com o índice de funcionalidade familiar elevado que os sujeitos apresentam.

Relativamente à solidão, não se verificou diferença estatisticamente significativa em nenhum dos grupos. Não difere significativamente entre os géneros, nem nos diversos estados civis, no entanto, mostrou ser maior nos solteiros, seguidos dos viúvos e com menor nível de solidão, os casados. As pessoas que vivem sozinhas têm maior tendência a focar-se em pensamentos negativos e a afastar-se mais da sociedade (Hazer & Boyle, 2010). Ao mesmo tempo, a viuvez representa uma rutura pessoal, familiar e social (Ussel, 2001); traduz-se frequentemente num aumento das queixas dolorosas e sintomas depressivos, dependendo da vulnerabilidade pessoal e do grau de apoio familiar e social (Utz et al., 2014). No entanto e de um modo geral, a solidão diminui com o passar do tempo, sugerindo que existe um processo de

ajustamento, através do qual, as pessoas viúvas se sentem menos sozinhas com o passar do tempo (Utz et al., 2014).

Não se verificaram diferenças de solidão entre os sujeitos que vivem sozinhos e acompanhados. No entanto, dos que vivem acompanhados, os que residem numa instituição registaram valores mais elevados de solidão.

O local onde residem (meio rural ou cidade) também não demonstrou influenciar o sentimento de solidão. Apesar do isolamento geográfico por vezes existente, é nos meios mais pequenos que frequentemente existem mais redes sociais a nível familiar e de vizinhança (Figueiredo, 2013)

Verificou-se ainda que os sujeitos, com dor cuja causa não é oncológica, sentem-se mais sós, do que os que sofrem de dor de causa oncológica.

No que diz respeito à funcionalidade familiar, verificou-se que a maioria da população da amostra (76,3%) demonstrou ter uma família altamente funcional e apenas 5,1% uma família com disfunção acentuada.

As dimensões onde os sujeitos apresentaram estar menos satisfeitos foi no Companheirismo (satisfação pela forma como a família discute os assuntos de interesse comum e partilha com eles a solução do problema) e na Capacidade Resolutiva (satisfação com o tempo que passam com a sua família). A Adaptação (satisfação com a ajuda que recebem da família sempre que alguma coisa os preocupa) mostrou ser a componente onde os inquiridos revelam estar mais satisfeitos com a sua família. Os dados revelam que apesar de aparentemente existir uma capacidade de resolução ou apoio da família, quando há algo que os preocupa, a maioria dos inquiridos, não estão satisfeitos com o tempo que passam com a sua família, nem com o modo como a família discute os assuntos referentes a si.

A média do APGAR Familiar foi semelhante em toda a amostra, independentemente do estado civil, mas verificou-se que os casados apresentam uma família mais funcional que os solteiros. De acordo com Reese, et al. (2010) as relações próximas e a sua funcionalidade, tais como o casamento, são fortemente reconhecidas pela sua importância no estado de saúde geral e funcionalidade em pessoas, em particular nas que sofrem de dor crónica. O suporte familiar primordial e fundamental para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo (Torres et al., 2011). Do mesmo modo, sujeitos que vivem acompanhados, apresentaram uma família mais funcional dos que os que vivem sozinhos, assim como os que vivem com o cônjuge e os filhos apresentaram uma família mais funcional do que os participantes que vivem numa instituição. Pessoas que têm uma rede social limitada, não recebem tanto apoio ou satisfação emocional (Hazer & Boylu, 2010) e nesse sentido, uma rede de contactos significativa pode ser uma ajuda importante para o bem-estar do indivíduo (Holmén & Furukawa, 2002).

A média do APGAR Familiar não variou significativamente entre quem vive no meio rural e na cidade, embora se tenha verificado que a funcionalidade familiar é melhor nos utentes que vivem no meio rural, do que nos que vivem na cidade. Apesar do isolamento geográfico, no meio rural existem mais redes sociais a nível familiar e de vizinhança (Figueiredo, 2013).

A média da funcionalidade familiar foi bastante semelhante entre os inquiridos com dor crónica de origem oncológica e não oncológica. No entanto, verificaram-se diferenças quanto à patologia associada. A maior percentagem de indivíduos que respondeu ter uma família altamente funcional, tem uma doença osteoarticular degenerativa. Por sua vez, a maioria dos sujeitos que respondeu ter uma família com moderada disfunção, tem uma doença oncológica. Diversos estudos mostram como a dor e a qualidade da relação familiar, especificamente a conjugal podem estar associados. A dor pode ter efeitos negativos sobre o nível de satisfação ou a qualidade do relacionamento entre uma pessoa com dor e seu parceiro e, por sua vez, em contraste, os parceiros das pessoas com dor podem ter efeitos diretos sobre a forma como uma pessoa experimenta e lida com a dor. Ter um bom relacionamento familiar pode tornar a doença emocionalmente mais tolerável, diminuindo os componentes afetivos da dor e incapacidade, mas um mau relacionamento familiar, ou até mesmo o fato de não ser casado, pode aumentar o stress ou dificultar a auto-gestão e o processo adaptativo da dor (Reese et al., 2010)

Verificou-se a existência de diversas correlações entre as variáveis. A idade apresentou uma correlação positiva com a maioria das questões do ICRD, nomeadamente a questão 2 (tempo de lazer), 4 (ocupação) e 6 (cuidados pessoais). O processo de envelhecimento é marcado por uma elevada incidência de problemas de saúde, como é o caso de doenças crónicas e degenerativas e pela diminuição progressiva da capacidade funcional (Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007). Nesse sentido, confirmou-se que o avançar da idade se traduz num aumento das limitações funcionais em diversos níveis, como é o caso dos tempos de lazer, ocupação e cuidados pessoais.

A idade apresentou ainda correlação positiva ainda com a solidão e negativa com a questão 5 (comportamento sexual) do IRCD. A idade mais avançada, está associada a uma diversidade de acontecimentos marcantes na vida de cada indivíduo. Além da incapacidade funcional, que poderá condicionar o isolamento social, os mais velhos deparam-se com a reforma e a viuvez: o trabalho e a família são os dois eixos principais que definem a existência humana (Ussel, 2001). Se por um lado o abandono do mercado de trabalho implica um processo de desvinculação social, a perda de um cônjuge supõe uma grande rutura a nível pessoal e familiar (Ussel, 2001). Por sua vez, a correlação negativa com o comportamento sexual, está relacionado com o desconforto dos inquiridos relativamente à questão em causa, optando maioritariamente por quantificar como 0 (opção do questionário, caso não considere que a questão se aplica ao inquirido).

O número de filhos apresentou correlação positiva com o IRCD 1 (responsabilidades familiares/domésticas) e com a solidão. Registou-se também, que a percentagem de sujeitos com “dor máxima” era maior nos indivíduos que vivem com os filhos. Estes dados mostram que apesar de um maior número de filhos, a experiência da solidão pode estar presente. No estudo de Gallant e Hadjistavropoulos (2017), verificaram que dos muitos factores sociais que influenciam a dor, o suporte social e a mera presença de uma pessoa estranha, poderão ser influenciadores dos índices de dor. Concluíram que quando os idosos eram submetidos a um estímulo doloroso na presença de um membro da família, as manifestações faciais e verbais de dor aumentavam. Esta classificação da dor e a maior limitação no desempenho de tarefas domésticas, poderão constituir uma estratégia não-verbal de apelo aos familiares.

A questão 4 do IRCD (ocupação) apresentou correlação positiva com o número de comorbilidades. Esta correlação confirma a ideia de que o processo de envelhecimento é marcado pela presença de uma diversidade de alterações ao nível molecular, celular, dos tecidos e sistemas do organismo (Hacihasanoglu et al., 2012), que se traduzem numa maior limitação na realização das actividades.

A solidão apresentou assim, uma correlação positiva com a idade e o número de filhos.

CAPITULO IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

No final desta investigação, conclui-se que, apesar de nem sempre serem significativas, existem diferenças relativamente à dor, incapacidade relacionada com a dor, solidão e funcionalidade familiar.

A análise descritiva dos dados da amostra, permite concluir que dos 59 inquiridos, 62,7% são acompanhados em consulta da dor por motivos de dor crónica não oncológica e 37,3% por dor crónica de origem oncológica.

São mais as mulheres acompanhadas em consulta da dor, principalmente se a dor for de causa não oncológica. Se a dor for de causa oncológica, verifica-se um maior número de sujeitos do género masculino.

A maioria dos inquiridos eram casados ou viúvos. De entre os que viviam acompanhados, habitualmente era com o cônjuge ou numa instituição. Os cuidadores habituais foram os filhos, o cônjuge ou os cuidadores formais da instituição e os cuidados eram prestados apenas em situações mais pontuais (sempre que necessário ou por vezes para levar ao médico).

Entre as patologias mais frequentes encontram-se as osteoarticulares degenerativas e oncológicas. As queixas localizavam-se com maior frequência ao nível dos membros inferiores, em mais que uma região, na coluna lombar e no corpo todo.

A maioria da população da amostra era acompanhada em apenas outras especialidades médicas. A percentagem de sujeitos seguidos noutras especialidades médicas, psicologia e fisioterapia era muito inferior, revelando que continua a haver uma falta de referenciação para outras valências.

Relativamente à Intensidade da dor, apurou-se que a maior percentagem dos participantes classifica a dor como “dor intensa”.

A maior percentagem de situações “sem dor” verificou ser superior no género masculino, nos indivíduos casados ou em união de facto, nos que vivem acompanhados e pelo cônjuge, nos que apresentam dor crónica de causa oncológica e nos que têm uma família altamente funcional.

A maior percentagem de situações de “dor máxima” foi superior no género feminino, nos viúvos, nos que vivem sozinhos, nos que vivem acompanhados pelos filhos e nos que referem dor cuja causa não é oncológica.

Verificou-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor nas seguintes situações: é superior no género feminino, nas doenças de causa não oncológica, nomeadamente na patologia reumatológica e osteoarticular degenerativa.

O Índice de Incapacidade relacionada com a dor mostrou que as responsabilidades domésticas e familiares são as mais comprometidas pela dor.

Varia significativamente entre os géneros, sendo que as mulheres apresentam um maior compromisso da sua capacidade funcional por dor, que os homens. É também significativamente diferente entre as patologias associadas à dor; os indivíduos que sofrem de doenças neurológicas apresentam maior incapacidade e os pós-cirúrgicos oncológicos, menor compromisso funcional

Não mostrou outras diferenças estatisticamente significativas, mas verificou-se que é maior nos solteiros e menor nos casados; é semelhante entre as pessoas que habitam em meio rural e na cidade; é semelhante entre quem vive sozinho ou acompanhado; é maior nos que vivem com outros familiares e menor nos que vivem com o cônjuge e os filhos; é maior nas situações de DCNO do que na dor de causa oncológica; é semelhante, independentemente do local da dor, embora seja maior quando afeta um hemisfério e menor quando a queixa é ao nível da região pélvica.

Relativamente à solidão, apurou-se que não apresenta diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos.

Verificou-se que regista valores muito semelhantes entre o género masculino e feminino; é superior nos solteiros, seguindo-se os viúvos e por último, nos casados; é semelhante entre quem vive no meio rural e na cidade e entre os sujeitos que vivem sozinhos ou acompanhados; é maior nos que vivem com outros familiares e menor nos que vivem em instituições; não difere de acordo com a patologia associada, mas regista valores mais elevados nas situações de dor de origem não oncológica, do que nos de dor de origem oncológica.

A maioria da amostra apresentou ter uma família altamente funcional. A dimensão do questionário onde os inquiridos referiram estar mais satisfeitos foi a Adaptação e menos satisfeitos no Companheirismo e Capacidade Resolutiva.

A análise descritiva e a inferência estatística, revelou que os sujeitos com o ensino básico primário, casados ou em união de facto, que vivem em meio rural, que vivem acompanhados e com o cônjuge, que têm doença osteoarticular degenerativa, com dor de causa não oncológica, apresentam uma família mais funcional.

Por sua vez, apresentam uma família com moderada disfunção os indivíduos com ensino básico primário, viúvos, que vivem na cidade, numa instituição, que têm uma doença oncológica.

À semelhança da solidão, não se observou distribuição significativamente diferente na média do APGAR Familiar nos diferentes grupos. No entanto, verificou-se que é semelhante entre o género feminino e masculino; é maior nos casados e menor nos solteiros; é maior nos que vivem no meio rural; é maior nos que vivem acompanhados do que os que vivem sozinhos e nos que vivem com o cônjuge e os filhos do que os que vivem numa instituição. Não difere significativamente por a dor ser de origem oncológica ou não oncológica, mas nas situações pós-cirúrgicas oncológicas, neurológicas e reumatológicas, verifica-se uma melhor funcionalidade

familiar e uma menor funcionalidade familiar, nos indivíduos que têm doenças oncológicas.

Por fim, as correlações entre as variáveis quantitativas, mostraram que existe correlação positiva entre a idade e IRCD, nomeadamente o IRCD_2 (tempos de lazer), o IRCD_4 (ocupação) e o IRCD_6 (cuidados pessoais) e, com a solidão (UCLA). Registou uma correlação negativa com IRCD_5 (comportamento sexual).

O número de filhos revelou uma correlação positiva com o IRCD_1 (responsabilidades familiares/domésticas) e com a solidão, assim como o número de comorbilidades apresentou uma correlação positiva com o IRCD_4 (ocupação).

A solidão (UCLA) mostrou assim, estar correlacionada com a idade e com o número de filhos.

Neste sentido, após esta investigação, pode concluir-se que os resultados foram de encontro às hipóteses inicialmente formuladas, não sendo no entanto, por questões estatísticas, verificar a H₅.

LIMITAÇÕES:

Os questionários utilizados na investigação são frequentemente aconselhados para aplicação à população idosa, no entanto, verificou-se na maior parte dos indivíduos, dificuldade na compreensão do que lhes é questionado. A maioria dos inquiridos tinha apenas o ensino básico primário, revelando dificuldades na compreensão das questões. Numa próxima investigação, poderá ser importante a aplicação de instrumentos de preenchimento e compreensão mais simples.

Apesar da ideia inicial incluir outros utentes além dos que residem no concelho de Castelo Branco, acabou por não se tornar possível. Poderá ser interessante alargar o estudo a outros concelhos do distrito e analisar possíveis diferenças ou, inclusivamente, fazer comparação com outras regiões do país.

A dimensão da amostra, bem como o facto de não apresentar uma distribuição normal, e ser de conveniência, representam também limitações a este trabalho.

RECOMENDAÇÕES:

As estruturas (consultas da dor) onde a amostra foi recolhida apenas têm profissionais na área da medicina e enfermagem, necessitando de recorrer a outros serviços quando é necessário suporte de outras áreas ou especialidades. A organização das equipas multidisciplinares seria recomendável, como forma de realizar abordagens terapêuticas integradas.

Além da solidão, a depressão aparece intimamente ligada ao processo de envelhecimento. Seria importante uma participação mais ativa, numa perspectiva emocional e social, nomeadamente da psicologia, da gerontologia e do serviço social, procurando entender quais os motivos que poderão estar na origem de disfunções familiares e quais os melhores mecanismos, para os minimizar ou solucionar.

O facto de a maior parte dos utentes desta Consulta, particularmente nos casos de dor não oncológica, ser cada vez mais constituído por pessoas idosas, reforça na nossa opinião, a necessidade de a abordagem ser multidisciplinar, que ajude a responder às necessidades e problemas variados decorrentes dos processos de envelhecimento quer individuais, quer demográficos.

BIBLIOGRAFIA

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32, 6-17.

Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O. da, ... Laurenti, R. (2007). The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>

Andrade, A., & Martins, R. (2016). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 185-199.

Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 75-78. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01233>

Azevedo, L.F., et al. (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor Crónica. *DOR*, 15 (4), 6-37.

Bastos, Z. (2005). Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica. *Biblioteca da Dor*. Lisboa: Permanyer Portugal

Burholt, V., & Scharf, T. (2014). Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources, and Rural Environments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(2), 311-324. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt121>

Campbell, P., Jordan, K. P., & Dunn, K. M. (2012). The Role of Relationship Quality and Perceived Partner Responses with Pain and Disability in Those with Back Pain. *Pain Medicine*, 13(2), 204-214. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01298.x>

Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2000.99100.x>

Castro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Macário Paiva ML. (2010). A dor crónica em Portugal. Lisboa: Pain Proposal.

Catananti, C., & Gambassi, G. (2010). Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*, 19(3), 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2009.11.010>

Centro Nacional de Observação em Dor (2010). Inquérito sobre as condições hospitalares existentes para o tratamento da: dor crónica, dor aguda pós-operatória, dor do parto - Relatório Final. *Observdor*, 1-106.

Chou, R., Fanciullo, G. J., Fine, P. G., Adler, J. A., Ballantyne, J. C., Davies, P., ... Miaskowski, C. (2009). Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. *The Journal of Pain*, 10(2), 113-130.e22. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.10.008>

Cook, A. J., & Chastain, D. C. (2001). The classification of patients with chronic pain: age and sex differences. *Pain Research & Management*, 6(3), 142-151

Correia, C. (2012). *A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. (Tese de Mestrado). ISPA - ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa

Corran, T. M., Farrell, M. J., Helme, R. D., & Gibson, S. J. (1997). The classification of patients with chronic pain: age as a contributing factor. *The Clinical Journal of Pain*, 13(3), 207-214

^aCosta, C. A., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(6), 855–867. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30380-9](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30380-9)

^bCosta, I. A. (2014). Qualidade de vida do doente com ferida crónica nos membros inferiores. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2551>

Crawford, C., Boyd, C., Paat, C. F., Price, A., Xenakis, L., Yang, E., ... Group, the E. for M. T. (EMT) W. (2016). The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations—A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part I, Patients Experiencing Pain in the General Population. *Pain Medicine*, pnw099. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw099>

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for future studies.

Dellaroza, M. S. G., Pimenta, C. A. de M., & Matsuo, T. (2007). Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1151–1160. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500017>

DiNapoli, E. A., Craine, M., Dougherty, P., Gentili, A., Kochersberger, G., Morone, N. E., Weiner, D. K. (2016). Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult--Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment. Part V: Maladaptive Coping. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 17(1), 64–73. <https://doi.org/10.1093/pm/pnv055>

Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N.º09. Lisboa: DGS/DGCG; 2003.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

^a Direcção-Geral da Saúde (2008). Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica. Circular Informativa.N.º09. Lisboa: DSCS/DPCD/DSQC; 2008.

^b Direcção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Programa Nacional de Controlo da Dor. DG2008.

Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.N.º015. Lisboa; 2010.

Direcção-Geral da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa. 2013.

Ernst, J. M., & Cacioppo, J. T. (1999). Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 1–22. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(99\)80008-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(99)80008-0)

Figueiredo, M. da C. R. S. L. (2013). A influência da solidão na afectividade e saúde na velhice. Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/5016>

Fingerman, K. L., & Birditt, K. S. (2011). Relationships between Adults and their Aging Parents. In *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 219-232). Elsevier Inc.. DOI: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00014-0

Ferreira, P., Antunes, P. & Rodrigues, R. (2012). Estado funcional e recursos da população idosa do Município de Constância. In *Conferência Internacional sobre Políticas Públicas de Envelhecimento*, Lisboa, 2012 (Comunicação).

Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447–485. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.001>

Fingerman, K.L., & Birditt, K.S. (2011). Relationships between adults and their aging parents. In K.W. Schaie & S.L. Willis (Eds), *Handbook of Psychology of Aging* (pp.219-229). San Diego. Elsevier.

Freitas, P. da C. B. de. (2011). Solidão em idosos: percepção em função da rede social. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8364>

Gallant, N. L., & Hadjistavropoulos, T. (2017). Experiencing Pain in the Presence of Others: A Structured Experimental Investigation of Older Adults. *The Journal of Pain*, 18(4), 456–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.12.009>

Gratão, A. C. M., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Rosset, I., Freitas, C. P., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 137–144. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>

Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011>

Hall, T. (2016). Management of persistent pain in older people. *Journal of Pharmacy Practice & Research*, 46(1), 60–67. <https://doi.org/10.1002/jppr.1194>

Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083–2089. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.450>

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

Herr, K. (2011). Pain Assessment Strategies in Older Patients. *The Journal of Pain*, 12(3), S3–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.11.011>

Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35(3), 261–274. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(02\)00049-3](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00049-3)

Hopper, M. J., Curtis, S., Hodge, S., & Simm, R. (2016). A qualitative study exploring the effects of attending a community pain service choir on wellbeing in people who experience chronic pain. *British Journal of Pain*, 2049463716638368. <https://doi.org/10.1177/2049463716638368>

Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2009). Marital Biography and Health at Mid-Life. *Journal of health and social behavior*, 50(3), 344–358.

Hurley, R. W., & Adams, M. C. B. (2008). Sex, Gender, and Pain: An Overview of a Complex Field. *Anesthesia and analgesia*, 107(1), 309–317. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0b013e31816ba437>

INE (2013). Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011. *Revista de Estudos Demográficos*. 52/53 (1),5-37. Gabinete dos Censos 2021.

INE (2016). População Residente. *Estatísticas Demográficas 2015* (Capítulo 1, 19-38).

Jackson, T., Iezzi, T., Gunderson, J., Nagasaka, T., & Fritch, A. (2002). Gender differences in pain perception: the mediating role of self-efficacy beliefs. *Sex Roles: A Journal of Research*, 561.

Jamison, R. N., & Edwards, R. R. (2012). Integrating Pain Management in Clinical Practice. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 19(1), 49–64. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9295-2>

Júnior, S., João, J., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A. de M., & Asghari, A. (2012). Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Revista Dor*, 13(2), 111–118. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000200003>

- Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., & Scheuer, Â. I. (2008). Elderly urban residents and their family and social support networks. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 250–257. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200005>
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67(9), 942–968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
- Markotic, F., Obrdalj, E. C., Zalihic, A., Pehar, R., Hadziosmanovic, Z., Pivic, G., ... Puljak, L. (2013). Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older. *Pain Medicine*, 14(2), 247–256. <https://doi.org/10.1111/pme.12035>
- Matos, A. S. da S. (2012). *Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica* (masterThesis). [s.n.]. Obtido de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3360>
- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y., & Cummins, R. (2008). Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.020>
- Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain Perception and Expression: The Influence of Gender, Personal Self-Efficacy, and Lifespan Socialization. *Pain Management Nursing*, 7(4), 148–152. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.09.004>
- Moreira, M.J.G. (2010). Environmental Changes and Social Vulnerability in an Ageing Society: Portugal in the Transition from the 20th to the 21st Centuries. *Hygiea Internationalis*, 9(1), 397–409.
- Murtagh, K. N., & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406–1411.
- Neto, F. (1989). “Avaliação da Solidão”. *Psicologia Clínica*, 2, 65 – 79. Consultado em 29 de Outubro de 2011 através de <http://www.iscet.pt>
- Oliveira, S. P. M. de. (2012). Diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada: depressão, mecanismos de defesa e satisfação com a vida. Obtido de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/8182>
- Paice, J. A., & Ferrell, B. (2011). The management of cancer pain. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(3), 157–182. <https://doi.org/10.3322/caac.20112>
- Palmeira, C. C. de A., Ashmawi, H. A., & Posso, I. de P. (2011). Sex and Pain perception and analgesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(6), 820–828. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000600014>
- Pavarini, S. C. I., Barha, E. J., Menciondo, M. S. Z. de, Filizola, C. L. A., Filho, P., Fernando, J., & Santos, A. A. dos. (2009). Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 374–379. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300015>
- Pergolizzi, J. V., Gharibo, C., & Ho, K.-Y. (2015). Treatment Considerations for Cancer Pain: A Global Perspective. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 15(8), 778–792. <https://doi.org/10.1111/papr.12253>
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 23(2), 181–188.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto
- Reese, J. B., Somers, T. J., Keefe, F. J., Mosley-Williams, A., & Lumley, M. A. (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no

marriage? *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 11(10), 958–964. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.01.003>

Reyes Chiquete, D., Ortiz, G., C. J., Mohar Betancourt, A., & Meneses García, A. (2011). Epidemiología del dolor por cáncer. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 118–134.

Sasson, I., & Umberson, D. J. (2014). Widowhood and Depression: New Light on Gender Differences, Selection, and Psychological Adjustment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 135–145. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt058>

Silva, S. da C. de S. P. da. (2011). (Con)viver com a dor do outro... Vivências dos familiares de idosos com dor crônica. Obtido de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7163>

Sofaer-Bennett, B., Walker, J., Moore, A., Lamberty, J., Thorp, T., & O'Dwyer, J. (2007). The Social Consequences for Older People of Neuropathic Pain: A Qualitative Study. *Pain Medicine*, 8(3), 263–270. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00222.x>

Souza, R. F. de, Skubs, T., & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 263–267. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300003>

Souza, R. A., Costa, G. D. da, Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., ... Oliveira, M. A. de C. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469–476. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>

Stubbs, D., Krebs, E., Bair, M., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2010). Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine*, 11(2), 232–239. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00760.x>

Swarm, R., Abernethy, A. P., Anghelescu, D. L., Benedetti, C., Blinderman, C. D., Boston, B., ... Weinstein, S. M. (2010). Adult Cancer Pain. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8(9), 1046–1086. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2010.0076>

Teixeira, L. M. F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Obtido de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2608>

The management of persistent pain in older persons. (2002). *Journal Of The American Geriatrics Society*, 50(6 Suppl), S205–S224.

Torres, G. de V., Reis, L. A. dos, Reis, L. A. dos, Fernandes, M. H., & Xavier, T. T. (2011). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de jequié (ba). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(1), 21.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390).

Ussel, J. I. (2001) *La soledad en personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales

Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D., & deVries, B. (2014). Feeling Lonely Versus Being Alone: Loneliness and Social Support Among Recently Bereaved Persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 85–94. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>

Vera, I., Lucchese, R., Munari, D. B., & Nakatani, A. Y. K. (2014). Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 199–210. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>

Vera, I., Lucchese, R., Nakatani, A. Y. K., Sadoyama, G., Bachion, M. M., Vila, V. da S. C., ... Vila, V. da S. C. (2015). Factors associated with family dysfunction among non-institutionalized older people. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 494–504. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001602014>

Viana, C. E. dos S. (2014). Percepção da qualidade de vida e capacidade funcional em idosos. Obtido de <http://repositorio.utad.pt//handle/10348/4768>

Weimer, M. B., Macey, T. A., Nicolaidis, C., Dobscha, S. K., Duckart, J. P., & Morasco, B. J. (2013). Sex Differences in the Medical Care of VA Patients with Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Medicine*, 14(12), 1839–1847. <https://doi.org/10.1111/pme.12177>

Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). The Utility of the Short Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in Elderly Patients with Persistent Pain: Does Age Make a Difference? *Pain Medicine*, 11(12), 1780–1790. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.01005.x>

ANEXOS

ANEXO 1

Autorização do Conselho de Administração da ULSCB e do CHCB



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Exma. Senhora
Inês Gomes
Fisioterapeuta do Hospital do Fundão
Avenida Adolfo Portela
6230-288 Fundão

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
		ADMINISTRAÇÃO GERAL TEL 01-1528 2917-03-15 17:48:05

Assunto:	Pedido de autorização para realização de estudo – "Dor crônica não oncológica, funcionalidade familiar e solidão em idosos acompanhados em Consulta da Dor"
----------	---

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

No seguimento do pedido formulado por V. Exa. para realização do estudo supracitado, informo que o Conselho de Administração da ULSCB deliberou homologar o parecer favorável da Comissão de Ética, pelo que se autoriza, desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e desde que sejam respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração da ULSCB, EPE

Dr. António Vieira Pires

/MP



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que o Centro Hospitalar Cova da Beira, reúne as condições necessárias à realização da investigação a desenvolver pela investigadora Inês dos Santos Gomes, sob o tema “Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em idosos acompanhados em consulta da Dor”, nomeadamente a aplicação de questionários a utentes da Consulta da Dor deste Centro Hospitalar.

O Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presidente do Conselho de Administração

(Dr. João José Castelhano Alves)
Dr. João José Castelhano Alves



Centro Hospitalar Cova da Beira
Hospital Pêro da Covilhã | Alameda Pêro da Covilhã, 6200-251 Covilhã, PORTUGAL | TEL + 351 275 33 00 00 FAX + 351 275 33 00 01
Hospital do Fundão | Av. Adolfo Portela, 6230-288 Fundão, PORTUGAL | TEL + 351 275 33 00 00 FAX + 351 275 751 257
E-MAIL administracao@chcbeira.min-saude.pt www.chcbeira.pt

1/1

ANEXO 2

Consentimento Livre e Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Título do projeto de investigação: Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão em Idosos acompanhados em Consulta da Dor

Responsável/eis pelo projeto de investigação: Fisioterapeuta Inês Gomes

Local de estudo: Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – Hospital Amato Lusitano

Este documento, designado **Consentimento Informado Esclarecido e Livre**, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que expectável acontecer, se decidir participar no mesmo. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Informação geral (enquadramento e objetivo (s) do estudo)

O processo de envelhecimento resulta de mudanças biológicas, psicológicas e sociais, que colocam a população idosa em confronto com perdas e mudanças que exigem o seu constante ajustamento. Em virtude do declínio físico e surgimento de patologias inerentes ao processo de envelhecimento, a prevalência de doenças crónicas aumenta, com conseqüente aparecimento de dor. Estima-se que 36% da população portuguesa sofra de dor crónica, processo esse que interage e influencia outras dimensões igualmente importantes, nomeadamente, a rede familiar, a situação económica, a rede social e as actividades de lazer.

Em 2015, os Censos Seniores levados a cabo pela Guarda Nacional Republicana, identificaram 23 996 idosos a viver sozinhos; 5 205 isolados; 3 288 sozinhos e isolados; e 6 727 não enquadrados nas situações anteriores, mas em situação de vulnerabilidade fruto de limitações físicas e/ou psicológicas.

Perante esta realidade, pretende-se com este estudo, avaliar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional por Dor, a Funcionalidade Familiar e a Solidão, em idosos acompanhados em Consulta da Dor.

Quais os procedimentos do estudo em que vou participar?

A sua participação irá consistir apenas no preenchimento de questionários, seleccionados especificamente para este estudo.

A minha participação é voluntária?

A sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar. Caso decida participar neste estudo é importante ter conhecimento que pode desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si.

Quais os possíveis benefícios da minha participação?

Os principais benefícios são contribuir para a investigação no campo da geriatria, em particular na área da dor crónica, funcionalidade familiar e solidão dos idosos.

Quais os possíveis riscos da minha participação?

A sua participação não representa nenhum risco.

Como é assegurada a confidencialidade dos dados?

Todos os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. Os questionários e dados serão identificados apenas por códigos e as informações recolhidas, serão colectivamente tratadas e estatisticamente analisadas pelos investigadores, de forma a garantir a confidencialidade das respostas. Não será identificado(a) em nenhum relatório ou publicação.

Como irão os resultados do estudo ser divulgados e com que finalidades?

A divulgação irá ser feita através da publicação dos resultados em revistas científicas da área da saúde. A principal finalidade desta investigação é contribuir para a melhoria da prestação de cuidados e alargamento das respostas na área da geriatria, especificamente dos idosos com dor crónica, da sua funcionalidade familiar e solidão.

Em caso de dúvidas quem devo contactar?

Para qualquer questão relacionada com a sua participação neste estudo, por favor, contactar:

inezgomezster@gmail.com

ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Li (ou alguém leu para mim) o consentimento informado esclarecido e livre para investigação científica e estou consciente do que esperar quanto á minha participação no projecto: **Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão em Idosos acompanhados em Consulta da Dor**. Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Assim, aceito voluntariamente participar neste estudo.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do representante legal
do participante (se aplicável)

Grau de relação com o participante

Data

Investigador/Equipa de Investigação

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura.

Assinatura do investigador(a)

Data

Inês dos Santos Gomes, aluna do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em idosos acompanhados em Consulta da Dor”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: avaliar a relação entre a Dor Crónica, a Incapacidade Funcional por Dor, a Funcionalidade Familiar e a Solidão, em idosos acompanhados na Consulta da Dor.

Critérios de inclusão: pessoas com idade ≥ 55 anos, acompanhadas em Consulta da Dor por Dor Crónica, sem déficit cognitivo e que aceitem participar no estudo.

Critérios de exclusão: pessoas acompanhadas em Consulta da Dor por Dor Crónica, que tenham idade < 55 anos, que apresentem déficit cognitivo ou, que não aceitem participar no estudo.

Procedimentos necessários¹: O estudo irá ser realizado sob a orientação do Professor Vítor Manuel Barreiros Pinheira, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.

Para a realização desta investigação, será apenas necessário a aplicação de questionários específicos, nomeadamente:

- Questionário de caracterização sociodemográfica (idade, género, estado civil, escolaridade, local

¹ Deverá referir: nome do orientador; metodologia; tipo de dados que irá colher; local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo; garantia de destruição de gravações – áudio ou vídeo – num determinado período de tempo e caso seja necessário a assinatura de um novo consentimento livre informado ao longo do estudo, em que circunstâncias será obtido.

de residência, rede familiar e de suporte social; tempo de acompanhamento em consulta da dor, intensidade e local da dor, comorbilidades e outras valências por que possa ser acompanhado);

- Questionário Breve de Estado Mental (função cognitiva);
- Índice de Incapacidade Relacionada com Dor (incapacidade e interferência funcional da dor);
- APGAR Familiar (funcionalidade familiar);
- Escala de Solidão da UCLA (solidão).

Todos os questionários são curtos, de simples e rápida aplicação (aproximadamente 30 minutos).

Serão fornecidos ao utente pelo próprio investigador, no dia em que se deslocar à Consulta da Dor e o seu preenchimento será feito uma única vez, enquanto aguarda ou, após a consulta.

Risco / Benefício da sua participação: A sua participação não representa nenhum risco e o principal benefício é a contribuir para a investigação no campo da geriatria, em particular na área da dor crónica, funcionalidade familiar e solidão dos idosos.

Duração da participação no estudo: aproximadamente 30 minutos

Nº aproximado de participantes: 60 participantes

Contacto para esclarecimento de dúvidas: inezgomezster@gmail.com

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

<hr/>	
Nome do Aluno / Investigador (Legível)	
<hr/>	___/___/___
Assinatura do Aluno / Investigador	Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

<hr/>	<hr/>
Nome do Participante (Legível)	Representante Legal
<hr/>	___/___/___
(Assinatura do Participante ou Representante Legal)	Data

ANEXO 3

Autorização dos Autores para utilização dos Instrumentos Validados para a População Portuguesa


Questionário Breve de Estado Mental

RE: Pedido de autorização para utilização de questionário

Data: Qui, 27 Out 2016 (11:57:08 WEST)

De: Rogério Rodrigues <rogerio@esenfc.pt>

Para: inez_gomez@sapo.pt

 OARS_Draft.pdf (351 KB)  

Olá, bom dia Dr.ª Inês

Grato pelo contacto.

Segue em anexo versão do OARS QAFMI.

Abaixo tem os links para as publicações sobre o instrumento e metodologia de utilização.

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-comunitaria-de-uma-populacao-de-idosos-a-td-2694847/filter/>

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-multidimensional-em-idosos-a-td-202128/filter/>

Em regra recomendamos a utilização na íntegra, mas pode ser efectuada apenas a avaliação das áreas pretendidas.

Se necessitar de autorização formal pode enviar-me o texto em documento WORD e eu reencaminho-lho em PDF assinado.

Disponha.

Cumprimentos

Rogério Rodrigues

De: inez_gomez@sapo.pt [mailto:inez_gomez@sapo.pt]

Enviada: quinta-feira, 27 de outubro de 2016 11:14

Para: rogerio@esenfc.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização de questionário

Exmo. Professor Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues,

o meu nome é Inês Gomes, sou Fisioterapeuta e aluna do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco.

No âmbito do mestrado, pretendo desenvolver uma investigação intitulada "Dor Crónica Não Oncológica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em Idosos acompanhados em consulta da dor".

Nesse sentido, vinha por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento validado para a população portuguesa "Older Americans Resources and Services Program (OARS)", com particular interesse no "Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)". Pretendo utilizá-lo para avaliar o défice da função cognitiva do idoso e definir se está apto para continuar a responder aos restantes questionários que pretendo utilizar. Trata-se deste modo, de um questionário fundamental para a realização do meu estudo.

Agradeço a atenção dispensada e estou ao dispor para qualquer esclarecimento ou, informação adicional que considere pertinente.

Atentamente,
Inês Gomes

Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

RE: Pedido de autorização para utilização de questionário

Data: Qui, 27 Out 2016 (11:01:53 WEST)
De: José M. Castro Lopes <jclopes@med.up.pt>
Para: Inez_gomez@sapo.pt
Cc: lazevedo@med.up.pt

Cara Dra. Inês Gomes,

O Prof. Luis Azevedo, primeiro autor do trabalho de tradução, adaptação e validação do PDI, irá enviar-lhe a autorização formal para a utilização do instrumento.

Melhores cumprimentos.

José M. Castro Lopes

De: Inez_gomez@sapo.pt [mailto:inez_gomez@sapo.pt]
Enviada: 27 de outubro de 2016 10:50
Para: jclopes@med.up.pt
Assunto: Pedido de autorização para utilização de questionário

Exmo. Professor Doutor José Manuel Castro-Lopes,

o meu nome é Inês Gomes, sou Fisioterapeuta e aluna do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco. No âmbito do mestrado, pretendo desenvolver uma investigação intitulada "Dor Crónica Não Oncológica: Funcionalidade Familiar e Solidão, em idosos acompanhados em consulta da dor".

Nesse sentido, vinha por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento "Índice de Incapacidade relacionada com a Dor - (PDI)", fundamental para a realização do meu estudo.

Agradeço a atenção dispensada e estou ao dispor para qualquer esclarecimento ou, informação adicional que considere pertinente.

Atentamente,
Inês Gomes

Citando Luís Azevedo <lazevedo@med.up.pt>:

Cara Dra. Inês Gomes,

É sempre muito satisfatório ver o nosso trabalho a ter utilidade para outros investigadores e profissionais.

Obviamente, tem a nossa autorização para utilizar a versão Portuguesa do Pain Disability Index (PDI), por nós traduzida e validada.

Junto em anexo o artigo que publicamos dando conta dos resultados da tradução e validação do PDI. A referência é:

Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Aguilusa L, Lemos L, Romão J, Castro-Lopes JM. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. Dor. 2007;15:6-37.

Chamo-lhe, no entanto, a atenção para o facto de este instrumento ter copyright que pertence aos autores da versão original do mesmo, pelo que deverá, também, obter a autorização destes. O contacto que eu tenho disponível é o de um dos autores da versão original do PDI, o Professor Raymond Tait, da Saint Louis University, o seu e-mail é rtait@slu.edu.

Obviamente, sinta-se à vontade para contactar-me caso precise de algum esclarecimento adicional.

Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.

Muito atentamente,

Luís Azevedo.

Escala de Solidão - UCLA

RE: Pedido de permissão para utilização de questionário

Data: Qui, 27 Out 2016 (18:27:32 WEST)

De: Félix Neto <fneto@fpce.up.pt>

Para: inez_gomez@sapo.pt

Boa tarde

Nada a opor quanto à utilização da referida escala na sua investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Félix Neto

De: inez_gomez@sapo.pt [mailto:inez_gomez@sapo.pt]

Enviada: quinta-feira, 27 de Outubro de 2016 10:38

Para: Félix Neto

Assunto: Pedido de permissão para utilização de questionário

Exmo. Professor Doutor Félix Neto,

o meu nome é Inês Gomes, sou Fisioterapeuta e aluna do Mestrado de Gerontologia Social da Escola Superior de Educação de Castelo Branco. No âmbito do mestrado, pretendo desenvolver uma investigação intitulada "Dor Crónica Não Oncológica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em idosos acompanhados em consulta da dor".

Nesse sentido, vinha por este meio solicitar autorização para a utilização do instrumento "Escala de Solidão da UCLA", fundamental para a realização do meu estudo.

Agradeço a atenção dispensada e estou ao dispor para qualquer esclarecimento ou, informação adicional que considere pertinente.

Atentamente,
Inês Gomes

ANEXO 4

Instrumentos de Avaliação utilizados na Investigação

QUESTIONÁRIO BREVE DE ESTADO MENTAL

CÓDIGO DE UTENTE: _____

Faça as perguntas 1 à 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ___ / ___ / ___ (tolerância de um dia) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Que dia da semana é hoje? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Como se chama esta localidade? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Qual é o seu número de telefone? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4a. Qual é o seu endereço? (<i>só se não tem telefone</i>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Quantos anos tem? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ___ / ___ / ___ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Como se chama o actual Presidente da República? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Como se chamava o anterior Presidente da República? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Qual o seu apelido ou nome de família? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2) |

Número de respostas erradas _____

Número de respostas certas _____

(Adaptado de Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (OARS), Rodrigues, RMC. 2008)

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

CÓDIGO DE UTENTE: _____

1. Idade: _____ (NÃO PERGUNTAR)

2. Género:

Masculino Feminino

3. Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

4. Estado civil:

- Solteiro(a)
 Casado(a) / união de facto *
 Divorciado(a) / separado (a) *
 Viúvo (a) *

* há quanto tempo _____

4.a) Filhos _____ Filhas _____

5. Local de Residência:

- Meio Rural
 Cidade

6. Com quem habita:

- Sozinho(a)
 Acompanhado(a):

7. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim Não
 NS/NR

8. Cuidador(es) habituais:

- Cônjuge
 Irmão/ãs
 Filhos/as
 Netos/as
 Outro parente
 Amigo
 Outros: _____

9. Frequência com que são prestados os cuidados:

- Sempre que necessário
 Por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)
 Às vezes (levar ao médico, etc)
 NS/NR

10. Consulta da Dor:

10.a) Tempo _____

10.b) Origem da dor ou patologia associada

11. Intensidade da Dor:

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima

12. Local da Dor:

13. Comorbilidades:

14. Acompanhado(a) noutras valências?

- Sim:
 Fisioterapia
 Psicologia
 Serviço Social
 Especialidades médicas
 Outras: _____
 Não

ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

CÓDIGO DE UTENTE: _____

As escalas de classificação apresentadas em baixo medem o impacto da dor na sua vida diária. Queremos saber até que ponto a sua dor o/a impede de realizar as suas actividades normais. Para cada um dos 7 tipos de actividades diárias apresentadas, assinale com um círculo o número que melhor reflecte o nível de incapacidade com que habitualmente se defronta. Uma classificação de 0 significa nenhuma incapacidade, e uma pontuação de 10 significa que a dor o impede de realizar quase todas as suas actividades diárias. A sua classificação deve reflectir o impacto global que a dor tem na sua vida, e não apenas quando a dor atinge o seu ponto máximo. Assinale com um círculo um número em todas as actividades apresentadas. Se achar que um determinado tipo de actividade não se aplica a si, assinale o “0”.

1. Responsabilidades familiares/domésticas. Refere-se a actividades relacionadas com a casa e família. Inclui tarefas e ocupações relacionadas com a casa (ex.: trabalho no quintal) e actividades e obrigações relacionados com outros membros da família (ex.: levar as crianças à escola).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

2. Tempos de lazer. Incluem-se passatempos, desportos e outras actividades de lazer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

3. Actividades Sociais. Incluem-se festas, teatro, concertos, ir comer fora e outras actividades sociais onde participem familiares e amigos.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

4. Ocupação. Refere-se a actividades directamente relacionadas com o seu trabalho. Inclui-se igualmente trabalho não remunerado, tal como trabalho doméstico ou trabalho voluntário.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

5. Comportamento Sexual. Refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

6. Cuidados Pessoais. Incluem-se cuidados pessoais e actividades independentes da vida diária (ex: tomar um duche, conduzir, vestir-se, etc.).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

7. Actividades Vitais. Refere-se a actividades vitais básicas, como comer, dormir ou respirar.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

ESCALA DE SOLIDÃO – UCLA

CÓDIGO DE UTENTE: _____

Instruções: Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

	Nunca	Rara- mente	Algumas Vezes	Muitas Vezes
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora.	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros.	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente.	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído.	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar.	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4

APGAR FAMILIAR

CÓDIGO DE UTENTE: _____

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			