

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

LARISSA CRISTINA KIRSTEN DE GRACIA

**INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

**RIO DO SUL
2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO
ITAJAÍ – UNIDAVI**

LARISSA CRISTINA KIRSTEN DE GRACIA

**INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médicas e da Saúde, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial para obtenção do grau em Enfermagem.

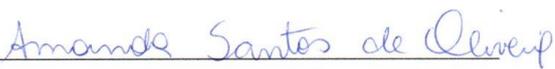
Orientadora: Prof^a. Msc. Amanda Santos de Oliveira

**RIO DO SUL
2021**

LARISSA CRISTINA KIRSTEN DE GRACIA

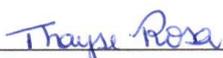
**INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Enfermagem da Área de Ciências Biológicas, Médicas e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:


Orientador (a): Prof^ª. Msc. Amanda Santos de Oliveira

Banca examinadora:


Examinador (a): Prof^º. Dr. Mark William Lopes


Examinador (a): Prof^ª. Dr^ª. Thayse Rosa

Rio do Sul, 29 de novembro de 2021

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda a saúde e amparo fornecidos nesta caminhada, para superar as dificuldades encontradas e me manter perseverante na busca por esta conquista.

A meus pais Sinval e Ieda que não mediram esforços desde o começo desta jornada, correndo atrás de tudo o que foi necessário para que eu pudesse estudar, me dando subsídios e apoio em cada dia, superando as dificuldades e trabalhando incansavelmente para que eu pudesse obter mais esta conquista, a vocês todo meu amor, admiração e gratidão eternamente.

A minha irmã Laura por todo o apoio, e por sempre estar ao meu lado nas horas boas e ruins, comemorando cada conquista e dando força a cada dificuldade.

Aos meus amigos por cada conversa e incentivo oferecidos.

Ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI pelas oportunidades e estrutura oferecidas a nós estudantes.

A todo corpo docente pelos conhecimentos ofertados, em especial a enfermeira e mestre Amanda Santos de Oliveira pela orientação, auxílio e carinho durante a elaboração deste trabalho.

A todos que de maneira direta ou indireta fizeram parte desta caminhada.

RESUMO

Introdução: considerando que os idosos, devido as características do processo de envelhecimento, acabam sendo um grupo com frequente hospitalização, por longos períodos, e com uma maior demanda de cuidados, estes acabam influenciando significativamente nas atividades dos profissionais de saúde. Sendo assim, identificar os fatores influentes na sua funcionalidade, a fim de preservá-la ou recupera-la torna-se de grande valia, tanto para os serviços de saúde quanto para a qualidade de vida desta população. **Objetivo:** este estudo busca relacionar a dor e a sua influência sobre a capacidade funcional de idosos hospitalizados. **Metodologia:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, o qual sua amostra foi definida por livre demanda, dos pacientes internados nas unidades a ser realizada a coleta de dados, em duas instituições na região do Alto Vale do Itajaí. Os dados foram tabulados no software Microsoft Team Excel e analisados através de estatística analítica e inferencial, com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Resultados:** a partir da análise dos dados coletados, foram definidos os dados sócio econômicos, sócio demográficos e os que caracterizavam a população e as variáveis do estudo, estabelecendo-se assim o perfil da população estudada. De acordo com o índice de correlação de Pearson, observou-se uma correlação positiva (0,533), entre a variável independente e a variável dependente, comprovando a hipótese de que a dor possui influência na capacidade funcional do grupo pesquisado. **Discussão:** os resultados obtidos entram em consonância com a literatura vigente sobre o tema, a qual não só refere o déficit funcional como reflexo do estímulo doloroso, mas também cita a presença de depressão e alterações relacionadas a identidade visual, o que demonstra o quão influente é a dor no dia a dia das pessoas. **Conclusão:** a realização deste estudo contribuiu de forma positiva para a identificação de um dos fatores que comprometem a funcionalidade dos idosos hospitalizados, comprometimento que aumenta a demanda de cuidados destes e conseqüentemente influencia no trabalho da equipe de enfermagem. O mesmo possibilitou novos questionamentos relacionados as variáveis da pesquisa, a qualidade de vida, e a atuação da equipe de enfermagem, assim como, além de comprovar a hipótese inicial possibilitou-nos aprender a considerar e respeitar a subjetividade e as limitações de cada indivíduo.

Descritores: Dor; Capacidade Funcional; Envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: considering that the elderly, due to the characteristics of the aging process, end up being a group with frequent hospitalization, for long periods, and with a greater demand for care, they end up significantly influencing the activities of health professionals. Therefore, identifying the factors that influence its functionality, in order to preserve or recover it, is of great value, both for health services and for the quality of life of this population. **Objective:** This study tries to understand the relation between pain and its influence on the functional capacity of hospitalized elderly. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, whose sample was defined by free demand, of patients hospitalized in the units to be carried out for data collection, in two institutions in the Alto Vale do Itajaí region. Data were tabulated in Microsoft Team Excel software and analyzed using analytical and inferential statistics, with the aid of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software. **Results:** From the analysis of the collected data, the socio-economic, socio-demographic data and those that characterized the population and the study variables were defined, thus establishing the profile of the studied population. According to the Pearson correlation index, a positive correlation (0.533) was observed between the independent variable and the dependent variable, proving the hypothesis that pain has an influence on the functional capacity of the researched group. **Discussion:** The results obtained are in line with the current literature on the subject, which not only refers to the functional deficit as a reflection of the painful stimulus, but also mentions the presence of depression and changes related to visual identity, which demonstrates how influential it is the pain in people's daily lives. **Conclusion:** This study contributed positively to the identification of one of the factors that compromise the functionality of hospitalized elderly people, a commitment that increases their demand for care and consequently influences the work of the nursing team. The same allowed for new questions related to research variables, quality of life, and the performance of the nursing team, as well as, in addition to proving the initial hypothesis, it allowed us to learn to consider and respect the subjectivity and limitations of each individual.

Keywords: Pain; Functional Capacity; Aging.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AINES	Anti-Inflamatório Não Esteroide
APS	Atenção primária em Saúde
ATP	Trifosfato de Adenosina
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COX	Ciclooxigenase
COX 2	Ciclooxigenase 2
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EIAVD	Escala de Independência em Atividades da Vida Diária
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HPA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
ILP	Instituição de Longa Permanência
IMC	Índice de Massa Corporal
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENS	Estimulação Nervosa Transcutânea
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

LISTA DE SÍMBOLOS

A δ	Dendritos pouco mielinizados
C	Dendritos amielinizados
Ca	Calcio
CB1	Receptores canabinóides 1
CB2	Receptores canabinóides 2
CO ²	Dióxido de Carbono
DHEA	D-hidroepiandrosterona
Fe	Ferro
HCL	Ácido Clorídrico
K	Potássio
NMDA	N-metil-D-aspartato
O ²	Oxigênio
TRPV 1	Vanilóide de Potencial Transiente 1
Δ	Delta
κ	Kapa
μ	Mi

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Tabela 2 – Dados Socioeconômicos

Tabela 3 – Características Gerais da Dor

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Resultado da Correlação entre as Pontuações do Índice de Katz e da Escala Numérica de Dor

Figura 2 – Gráfico da Correlação entre a Pontuação no Índice de Katz e a Pontuação da Escala Numérica de Dor

Figura 3 – Distribuição do Nível de Dependência de Acordo com a Pontuação Obtida na Escala de Dor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	DOR.....	13
2.2	ENVELHECIMENTO.....	18
2.3	CAPACIDADE FUNCIONAL.....	22
2.4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	25
2.5	TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM.....	27
3	METODOLOGIA	29
4	RESULTADOS	33
5	DISCUSSÕES	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é inerente para todos os seres humanos e, este, pode dar-se de duas maneiras, a senil e a senescente. A senescência por si só já possui como característica a redução da funcionalidade, porém quando há o agravo senil neste processo, além da redução mais acentuada da funcionalidade, ocorre também a junção de fatores de interpretação subjetiva a cada indivíduo, como a dor por exemplo.

A dor para todos nós, é uma experiência desagradável que nos faz ter dificuldades para a realização das atividades cotidianas, que nos faz ter alterações sensitivas e emocionais afetando nossos comportamentos e a forma como sentimos os demais estímulos que recebemos, assim como, a maneira a qual estabelecemos valores e quantidades a àquilo que estamos sentindo.

Esta pode ser passageira, ou estabelecer-se por períodos mais longos em nosso corpo a depender da sua causa, assim, como pode ter diferentes intensidades pelo mesmo motivo. É de conhecimento de todos os alunos de graduação na área da saúde, que a dor pode ser oriunda de diversas vias, independentemente da sua origem e do seu tempo de permanência esta pode possuir padrões diferentes, e apresentar diversas intensidades, desde a classificação de indolor até uma dor intensa.

Acerca de alguns anos a dor vem sendo considerada como um quinto sinal vital dentre Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e temperatura corporal, pois esta reflete significativamente o estado de saúde do ser humano, já que a saúde se define, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como o completo bem-estar físico, mental e social, e a dor apresenta-se como um empecilho para atingir estes aspectos.

Levando em consideração que o principal instrumento de trabalho da enfermagem em nível hospitalar é o processo de enfermagem, e para sua execução utiliza-se de taxonomias como fundamentação, propõe-se diagnósticos de enfermagem gerais e específicos para dor, definidos por alterações, relato ou expressão de dor, relacionados a diversos fatores físicos, psíquicos e sociais, e que fornecem conhecimento teórico e embasamento para as atividades da enfermagem, o enfermeiro atua na avaliação do paciente com dor e na terapêutica a ser adotada, sendo esta farmacológica ou não farmacológica, possuindo assim um papel muito significativo no controle da dor.

A atuação da equipe de enfermagem em sua rotina diária depende muito do grau de dependência da clientela, pois este é crucial na delimitação dos cuidados individualizados para

os pacientes, assim como na distribuição das atividades na escala diária de trabalho. Os idosos pelo seu processo de envelhecimento, já possuem um grau de dependência maior para as suas atividades cotidianas. Considerando que quando em ambiente hospitalar estes estão sofrendo por algum agravo em seu estado de saúde, há uma necessidade maior de cuidados para com este público que está suscetível a sentir dor, e a esta ser interpretada de forma mais significativa pelos mesmos, sendo assim um fator influente de forma direta no trabalho da enfermagem.

Considerando as características da dor apresentadas acima, sua significância para o bem estar dos pacientes, e para o trabalho da enfermagem, por influenciar nos cuidados individualizados e na divisão das tarefas diárias da equipe, justifica-se a necessidade de avaliação da influência que a dor exerce sob o grau de dependência dos pacientes, a fim de se estabelecer uma avaliação específica para este fator e comprovar ou refutar a ideia hipotética de que a dor aumenta o grau de dependência dos pacientes idosos hospitalizados.

Como o receptor do cuidado de enfermagem é o ser humano, este que normalmente vem em busca do serviço de saúde por estar sendo sentindo dor, é de extrema significância que seja estudada a influência que a dor exerce na capacidade destes indivíduos de realizar as suas atividades cotidianas. Considerando os idosos como um grupo com declínio em sua capacidade funcional e significativamente atingido pela dor, principalmente crônica, este grupo torna-se um dos mais acometidos e com maior necessidade de compreensão da sua condição. A partir do panorama supracitado o questionamento que rege a pesquisa a seguir é qual a influência que a dor exerce sobre a capacidade funcional dos idosos hospitalizados.

O presente trabalho, objetiva relacionar a dor e a sua influência sobre a capacidade funcional de idosos hospitalizados, através da mensuração da intensidade da dor pelo do uso da escala numérica de dor, da verificação da capacidade funcional dos idosos para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), com o uso do índice de dependência de Katz e da comparação entre a pontuação atingida na mensuração da dor com a obtida na escala de Katz, para avaliação da capacidade funcional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOR

De acordo com DeSantana e colaboradores (2020, p. 197), a dor é atualmente conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.” Esta definição contempla seis aspectos que complementam a classificação adotada, pela inclusão de conceitos relacionados ao comportamento, a cultura, a educação e a cognição.

Estes aspectos referem que a dor deve ser vista como uma experiência única, que será interpretada a depender de aspectos sociais, biológicos e psicológicos únicos para cada indivíduo. A dor não está relacionada apenas a nocicepção, este conceito próprio é formulado a partir de experiências pessoais, devendo haver respeito frente a um relato de dor, uma vez que as consequências desta, podem afetar significativamente o bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos. Ressalta-se que a verbalização não pode ser tida como a única forma de expressão da dor, já que a impossibilidade de se comunicar verbalmente deve ser considerada (DESANTANA et al., 2020).

Segundo Barrett e colaboradores (2014), os receptores sensoriais são os responsáveis pela transmissão das informações do ambiente interno e externo através da conversão das diversas formas de energia (térmica, mecânica e química, por exemplo), para potenciais de ação nas células nervosas sensoriais que transmitem a informação ao Sistema Nervoso Central (SNC). Ao tato respondem os mecanorreceptores, à tensão muscular respondem os proprioceptores, a temperatura os termorreceptores, os quimiorreceptores às alterações químicas que possam ocorrer, os fotorreceptores respondem a luminância e os nociceptores respondem a estímulos nocivos como às temperaturas extremas e a dor.

As sensações de extremos de temperatura e as sensações dolorosas são originárias de dendritos amielinizados (C) ou pouco mielinizados (A δ) das células nervosas sensoriais, espalhadas por todos os tecidos. Os nociceptores ali presentes que captam estas sensações podem ser subdivididos em nociceptores mecânicos, nociceptores térmicos, nociceptores quimicamente sensíveis e nociceptores polimodais, estes que respondem ao conjunto dos estímulos aos quais respondem todos os demais receptores. As fibras A δ são responsáveis pela dor primária (epicrítica) que estipula o local da dor e a intensidade, as fibras C são responsáveis pela sensação tardia de dor (protopática). Além dos nociceptores, no corpo humano existem

ainda receptores, denominados de silentes, sensíveis a mediadores inflamatórios, como a bradicinina, as prostaglandinas e as interleucinas, que são os responsáveis pela dor inflamatória (BARRETT et al., 2014).

Uma curiosidade é a dor referente a dor do membro fantasma, que pode ser explicada por duas vias. A primeira consiste na hipersensibilidade no corno posterior da medula espinhal, pela agressão recorrente ou intensiva, a passagem de informações nas vias periféricas acontece, principalmente, com a liberação de glutamato que ativa os receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) que aumentam a excitação das células pós-sinápticas, devido ao aumento, tanto dos neurotransmissores, quanto dos receptores, há uma hiperalgesia dorsal. Já a segunda explicação, consiste na ocupação das áreas de processamento dos estímulos dolorosos do membro amputado, por prolongamentos neuronais, responsáveis pelo processamento de outras áreas, quando ativadas para o processamento de sua respectiva área, ocasionalmente ocorre a estimulação da área que deveria estar inativa pela ausência de estímulo, devido a amputação do membro, assim também podem ocorrer com as sensações de frio, toque e prazer (CURI; PROCÓPIO, 2017).

Curi e Procópio (2017) ainda expõe que as respostas aos estímulos dolorosos são variáveis de pessoa para pessoa, mesmo que ambas sejam submetidas ao mesmo estímulo com a mesma intensidade, assim como a resposta a um estímulo autoprovocado, que não é tão intensa devido ao bloqueio descendente da dor. Tudo isso pela diferença no processamento da dor, assim como o significado emocional que a mesma possui para o indivíduo, além da maneira como a pessoa recebe o estímulo, se este é direcionado a partir de um ato motor voluntário ou se ocorre passivamente.

Segundo Lucia e Barros (2016), a dor pode ser classificada de acordo com o tempo de duração, quanto a sua origem, seu padrão e sua intensidade. Quanto ao tempo de duração esta pode ser aguda, crônica e oncológica. Janeiro (2017), refere que a dor aguda possui seu início próximo ao estímulo doloroso, inicialmente ela é benéfica tendo função sinalizadora de que está ocorrendo alguma lesão ao corpo, acionando mecanismos de defesa, possui uma permanência de um a três meses e comumente está relacionada a um agravo, sua duração é limitada porém é capaz de causar impacto na vida diária das pessoas pois se não controlada a mesma promove o sofrimento, aumentando o tempo para a cura e a hospitalização, além de tornar-se crônica.

Ainda segundo Janeiro (2017), a dor crônica possui um período de duração superior a três meses, consistindo um período superior a duração do agravo causal. Esta associa-se à destruição tecidual e devido sua característica multifacetada, que abrange aspectos físicos, psíquicos e sociais, ela repercute negativamente na saúde física e psicológica do indivíduo,

umentando as chances do mesmo desenvolver distúrbios, como, ansiedade, depressão, insônia e maior vulnerabilidade a desenvolver infecções afetando também a qualidade de vida das pessoas. As principais causas da dor crônica baseiam-se na cefaleia, nas patologias osteomusculares de evolução lenta e nos grandes traumas devido à sua intensidade e distribuição.

Para Andrade e colaboradores (2018) a dor oncológica é aquela relacionada ao processo de desenvolvimento do câncer, porém, não apenas a patologia, mas também aquela gerada a partir do tratamento, seja este, quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia, ela é multifatorial envolvendo aspectos emocionais, culturais, sociais e ambientais, é variável quanto ao estágio da patologia em que se inicia, assim como seu padrão, sendo contínua ou não. A compressão de terminações nervosas, a perda de função dos tecidos assim como os efeitos adversos relacionados ao tratamento, são os principais fatores relacionados a este tipo de dor.

Quanto a origem, a dor pode ser classificada como, dor nociceptiva, neuropática, mista e psicogênica (LUCIA; BARROS, 2016). Como nociceptiva é classificada a dor que ocorre a partir da injúria de um tecido, que promove a liberação de substâncias no local afetado e neurotransmissores a nível central, ela pode ser bem localizada ou difusa, afetando os tecidos subjacentes. A nocicepção é o fenômeno fisiológico de condução nervosa do estímulo doloroso das vias periféricas ao SNC gerando uma resposta neuronal ao estímulo externo. Esta via é composta pelos neurônios aferentes primários, o nociceptor, os neurônios de segunda ordem, o corno dorsal da medula espinhal, e o tálamo. A dor nociceptiva possui função protetora do organismo frente a uma agressão tecidual, já que a partir da percepção dolorosa ocorre a secreção de serotonina e noradrenalina como via endógena para solução da sensação dolorosa (PEREIRA, 2018).

A dor neuropática ocorre a partir de uma lesão na via de condução nervosa, periférica ou central, sem a estimulação de receptores periféricos. Diferentemente da dor nociceptiva, apresenta o caráter da cronicidade e, algumas características específicas como a alta intensidade, a incapacitância e a associação a uma infecção ou doença como a Hérpes Zóster e a Diabetes Mellitus (DM) por exemplo. A principal sintomatologia associada a dor neuropática, consiste na referida sensação de agulhamento, queimação, choque, formigamento, adormecimento, ferroadas e compressão dos membros, sendo esta sintomatologia, gerada como consequência destes agravos e não de um trauma como um corte ou queimadura por exemplo, grandes traumas possuem associação a dor neuropática pela cronicidade que seus agravos proporcionam (SILVA, 2018).

A dor mista consiste na associação da dor nociceptiva e da dor neuropática, em que se tem uma afecção local gerando o estímulo doloroso, assim como o comprometimento das terminações nervosas periféricas, com sintomatologia característica a dor neuropática. A dor psicogênica possui ação a nível cortical tendo relação direta com fatores psicológicos e nenhuma associação aos mecanismos da dor nociceptiva e da neuropática (LUCIA; BARROS, 2016), esta dor está comumente envolvida nos casos de dor fantasma após a amputação de membros, sendo um dos fatores mais influentes neste processo (GOMES et al., 2021).

Lucia e Barros (2016), em sua classificação quanto ao padrão, classificam a dor em contínua e do tipo breakthrough. A dor contínua está relacionada a alterações neuropáticas devido a sua cronicidade, esta mantém-se por um período sem cessar, como exemplo pode-se utilizar as queimaduras de pele. A dor do tipo breakthrough possui associação com a dor somática, visceral, neuropática e mista, tendo um surgimento súbito, com duração limitada e de intensidade moderada a intensa. Quanto a intensidade a dor pode ser dividida segundo as autoras em indolor, leve, moderada e intensa.

De acordo com Júnior e colaboradores (2011), a dor possui diversas formas de mensuração, sendo estas normalmente escalas uni ou multidimensionais. Os autores citam as escalas visual, verbal, analógica e de expressão facial, possuindo algumas escalas maiores índices de adaptação para os grupos de mais difícil mensuração, como os idosos e as crianças por exemplo. Outra maneira citada pelos autores de avaliar a dor seria a monitorização dos sinais vitais, que possibilita dar visibilidade a aquilo que os pacientes estão sentindo assim como fornecer dados referentes a evolução do quadro do paciente.

Ferrari e colaboradores (2019), destacam que a dor é um dos maiores estressores dentro do ambiente hospitalar, sendo que esta pode influenciar significativamente em diversos sistemas do corpo humano e assim promover alterações no metabolismo, estas, que são expressas em alterações nos sinais vitais e são prejudiciais para a recuperação dos pacientes. Considerando seu manejo essencial para o quadro clínico dos pacientes, foi proposta a inclusão da dor como quinto sinal vital, dentre FC, FR, temperatura e PA.

Silva e colaboradores (2018), ressaltam que a dor deve ser mensurada e registrada com a mesma frequência e significância que os demais padrões vitais, sendo seu controle de extrema importância ao que se refere a assistência integral e humanizada almejada pelos serviços de saúde, considerando uma atividade, de atribuição da equipe multidisciplinar, o atendimento a dor que o paciente sente. O seu registro deve ser feito a partir da utilização de instrumentos validados, que possam fornecer parâmetros da forma mais concreta a fim de se fazer a utilização de medidas para alívio da dor adequadas para cada quadro.

Um mecanismo fisiológico para o controle da dor corresponde a teoria da comporta, em que algumas fibras nervosas de maior calibre relacionadas aos mecanorreceptores ativam interneurônios de função inibitória na medula espinal, que bloqueiam a passagem da sinalização dolorosa, explicando-se assim o reflexo de pressão ou fricção sob algum ferimento menor ou picada de um inseto por exemplo (CURI; PROCÓPIO, 2017).

As medidas farmacológicas mais utilizadas no controle da dor, podem ser divididas em Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINES), analgésicos e opióides. Os AINES podem ser subdivididos em derivados do ácido salicílico, como o Ácido Acetilsalicílico (AAS), derivados do ácido propiônico, como o cetoprofeno, do ácido acético, como o diclofenaco, do ácido enólico como o piroxicam, dos fenamatos como o ácido mefenâmico, e do inibidor seletivo para Ciclooxigenase-2 (COX2), como o celecoxibe. O mecanismo de analgesia principal dos AINES consiste na inibição das enzimas Ciclooxigenase (COX), que são responsáveis pela catalisação da formação das prostaglandinas, que são mediadores responsáveis pela hiperalgesia (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2017).

O paracetamol, é um derivado do acetaminofeno que possui baixa ação sobre as COX, não apresentando assim, atividade anti-inflamatória, este exerce sua atividade analgésica pela inibição da síntese de prostaglandinas no SNC, reduzindo o principal mediador da resposta algica (SANTOS, 2018).

A dipirona, outro analgésico com uso amplo, tem seu efeito analgésico ainda não bem definido, porém alguns estudos demonstram a relação com diversos fatores, uma das teorias consiste na ação analgésica dos seus metabólitos e outra propõe a analgesia pela ativação de outras vias, e a relação destas com receptores canabinóides e opióides. Sua relação com receptores canabinóides (CB1 e CB2), dá-se pela expressão destes em neurônios nociceptivos, assim como seu efeito inibitório sob o receptor Vanilóide de Potencial Transiente 1 (TRPV1) que participa da transmissão e modulação das sensações dolorosas (SANTOS, 2018).

Os opióides podem ser subdivididos em agonistas potentes como a morfina, agonistas moderados como a codeína, agonistas-antagonistas mistos e agonistas parciais como o butorfanol, antagonistas como a naloxona e demais analgésicos como o tramadol. A propriedade analgésica desta classe de fármacos pode ser mediada por receptores μ (Mi), κ (Kapa) e δ (Delta) sendo sua analgesia inicial mediada pelos receptores μ . Os receptores κ agem no corno dorsal da medula atuando principalmente sobre a nocicepção química e térmica. Os receptores δ encontram-se principalmente na periferia tendo maior interação com as encefalinas. Os opióides possuem ação analgésica também impedindo o disparo neuronal e posterior liberação de neurotransmissores pelo aumento do efluxo de Potássio (K), causando

uma hiperpolarização ou reduzindo o influxo de Cálcio (Ca) (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2017).

De acordo com Ramos e Cendoroglo (2011), não somente as medidas farmacológicas são utilizadas no tratamento da dor, medidas não farmacológicas como o uso de compressas, de ultrassonografia para transmissão de calor em tecidos mais profundos ou Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), que promove o alívio da dor através de descargas elétricas no tecido cutâneo, também são eficazes. Além do uso de hipnose e distração que são utilizadas na mudança da percepção da dor, no controle e na redução do seu impacto nas pessoas. A combinação entre as medidas farmacológicas e as não farmacológicas possui grande eficácia no tratamento da dor, principalmente no público idoso, as medidas não farmacológicas possibilitam a redução da dosagem dos analgésicos, e conseqüentemente seus efeitos adversos.

Os custos com a dor, tanto por seu tratamento medicamentoso, quanto pelo maior uso de materiais e maior tempo de permanência dos indivíduos nos serviços de saúde, são onerosos, sendo que seu tratamento adequado e sua inclusão como quinto sinal vital, possibilitaria que esta fosse mais frequentemente mensurada, e assim avaliada, tratada e reavaliada, possibilitando sua redução. Levando-se em consideração a influência que a dor exerce sob o bem-estar dos indivíduos, a partir da avaliação adequada e utilização da terapêutica ideal, haveria redução dos custos com tratamento, aumento da autonomia dos indivíduos e assim redução do tempo de permanência destes nos serviços de saúde (FERRARI et al., 2019).

2.2 ENVELHECIMENTO

Segundo a lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, é considerada idosa uma pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. Outrora, permanece em tramitação na câmara dos deputados o projeto de lei nº 5383 de 03 de outubro de 2019, que altera a lei anteriormente citada, para que seja considerada idosa uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, o projeto cita como fatores definidores, a transição demográfica a qual estamos vivendo constantemente, devido ao aumento da expectativa de vida e a queda na taxa de natalidade, o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, e a capacidade para realização de atividades laborais, intelectuais e físicas que estão relacionadas a longevidade.

A longevidade, possibilita as pessoas repensar o desdobramento que as suas vidas estão tomando, já que aos mais velhos dá-se a possibilidade de buscar qualificação profissional, mudança de atividade ou realização de sonhos, e aos mais jovens possibilita um melhor

planejamento para a sua vida pessoal e profissional. Não se pode desconsiderar que há uma grande diversidade entre a população idosa quando se trata de capacidade física e mental, pois ao mesmo tempo que há idosos com sua autonomia preservada, há idosos totalmente dependentes (OMS, 2016).

Braga e Galleguillos (2014) definem o processo de envelhecimento de duas formas, sendo estas, a senil que é o processo de envelhecimento influenciado por patologias, e, com declínio na capacidade funcional acentuado pelas mesmas, e a senescente que se trata do processo de envelhecimento natural, em que ocorre a redução da capacidade funcional de maneira gradual, possibilitando a adaptação da pessoa a esta condição, sem a influência de agravos no processo.

Alguns pesquisadores afirmam que os primeiros indícios do envelhecimento surgem a partir da segunda década de vida, porém não é possível estimar a idade exata devido à ausência de marcadores biológicos deste processo. As mudanças decorrentes destas alterações fisiológicas, acarretam na queda da capacidade fisiológica e adaptativa do corpo humano aos estressores externos e internos, causando entropia e conseqüente elevação do risco de desenvolvimento de agravos a saúde, estas alterações relacionadas ao envelhecimento são decorrentes da contribuição genética e ambiental, tais fatores influenciam significativamente nos processos de envelhecimento senil e senescente (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

As alterações fisiológicas do processo de envelhecimento de acordo com Nunes, Ferretti e Santos (2012) podem ser divididas em alterações celulares, teciduais, anatômicas e funcionais. A composição celular baseia-se em Ácido Desoxirribonucleico (DNA), proteínas e lipídeos, as alterações na composição das proteínas podem levar a disfunção celular, e as disfunções teciduais podem ocorrer quando há alteração nos mecanismos de regulação e proteção. Com o processo de envelhecimento há a ineficiência destes mecanismos regulatórios, resultando no declínio da capacidade de recuperação de danos.

Nunes, Ferretti e Santos (2012) ainda citam que a capacidade de realização da mitose fica reduzida, estimando-se que aproximadamente após 50 divisões as células parem de se multiplicar, além da redução de algumas atividades celulares como a fosforilação oxidativa, que é a via responsável pela produção do Trifosfato de Adenosina (ATP), síntese de ácidos nucleicos, proteínas e enzimas. Além destas alterações funcionais ocorrem também as alterações na morfologia celular, como a irregularidade na forma dos núcleos e em seu tamanho, além do tamanho e número dos nucléolos. Os cromossomos também sofrem alterações em seu tamanho e na quantidade de material genético, ocorrendo assim prejuízos na divisão celular.

As alterações teciduais variam em sua intensidade nos diferentes tecidos e a depender do indivíduo. Um dos tecidos mais afetados pelo envelhecimento é o tecido conjuntivo, que é responsável pela sustentação dos demais tecidos corporais. As principais alterações neste tecido estão relacionadas ao colágeno que perde sua rigidez gradualmente, e as fibras elásticas que perdem a força, a flexibilidade e a forma, acarretando em perda de forma e elasticidade dos tecidos. Com as alterações celulares e teciduais ocorrem as alterações anatômicas, como por exemplo a redução da estatura que é um dos fatores mais marcantes do envelhecimento, havendo a redução de em média 1 centímetro ao ano, associando-se a alterações na coluna vertebral, e redução do arco dos pés, principalmente. Ocorre também a redução da massa magra e o aumento de tecido adiposo, estando estas alterações normalmente associadas a alterações hormonais, metabolismo, depressão e sedentarismo (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

Macena, Hermano e Costa (2018) referem que individualmente, cada sistema orgânico sofre alterações relacionadas ao declínio fisiológico. Por exemplo, o sistema imune nos idosos durante o processo senescente, tem uma redução importante das células leucocitárias, principalmente Linfócitos B, T e células Natural Killer, as tornando ineficientes no reconhecimento e ataque a alguns antígenos. Este declínio está significativamente associado a alteração hormonal. A imunossenescência possui relação com a endócrino senescência pela função imunorregulatória hormonal, principalmente pelo eixo Hipotálamo–Hipófise–Adrenal (HPA), devido a secreção de Cortisol e D-hidro-epiandrosterona (DHEA), o cortisol que possui atividade imunossupressora e o DHEA que antagoniza esta resposta.

No tegumento, as alterações mais comuns são o aparecimento de rugas e sulcos devido à redução das fibras elásticas e redução de tecido subcutâneo, além da maior facilidade para formação de equimose devido a fragilidade capilar. Há também a redução na quantidade de água corpórea, e no número de glândulas sudoríparas e sebáceas que leva ao ressecamento da pele. As alterações na funcionalidade dos bulbos capilares levam a redução na quantidade de pelos e cabelos, as unhas passam a ter seu crescimento mais lento e serem mais frágeis. Com o envelhecimento há a perda de massa muscular pelo declínio das fibras musculares e conseqüentemente perda da força. Também há o declínio da massa óssea e a maior proporção de osso esponjoso, principalmente devido as alterações no processo de reabsorção e formação de tecido ósseo, níveis hormonais e fatores nutricionais (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

A nível de SNC o envelhecimento causa perda neuronal, aumento dos ventrículos, aumento de lipofuscina, redução da quantidade de neurotransmissores, enzimas e proteínas, redução na velocidade de condução de impulsos nervosos, no consumo de Oxigênio (O²) e de

glicose e modificações dendríticas. As alterações patológicas do SNC estão muitas vezes relacionadas as alterações vasculares, ocasionadas por aterosclerose e hipertensão, por exemplo. Além da oxidação de proteínas, lipídeos e no DNA que leva a doenças crônicas degenerativas, assim como placas senis e emaranhados neurofibrilares (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

O envelhecimento do sistema respiratório, culmina principalmente na redução da função pulmonar que inicia seu declínio por volta dos 30 anos. Em idosos saudáveis as alterações mais comuns são a redução da complacência torácica, redução da força muscular, da musculatura acessória, queda da capacidade vital pulmonar, redução da pressão arterial de O₂, redução do fluxo expiratório, da difusão de Ácido Carbônico (CO₂) e da sensibilidade respiratória a hipóxia, que são fatores que permitem aumentar a complacência pulmonar, os volumes residuais, exacerbam a concentração arterioalveolar e mantêm a capacidade pulmonar. Tendo os idosos uma caixa torácica mais rígida. Tais alterações fisiológicas pulmonares estão relacionadas com as modificações anatômicas e reorientação das fibras elásticas (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

No sistema cardiovascular há a redução e hipertrofia dos miócitos, podendo ocorrer demora para alcançar maior força de contração, não permitindo o relaxamento completo antes do preenchimento diastólico, resultando em aumento do trabalho cardíaco e consequente hipertrofia, assim como a perda de células do nó sinoatrial, acarretando em redução da frequência, atraso na condução dos impulsos, além de fibrose e redução do número de células do feixe de His, causando bloqueios. O tecido cardíaco se dessensibiliza quanto a atividade redutora da FC beta-adrenérgica, assim como o tecido da parede arterial, não respondendo de maneira eficiente a dilatação. Nos vasos também ocorre o enrijecimento, aumentando a resistência vascular, levando a elevação da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e queda da Pressão Arterial Diastólica (PAD). As valvas cardíacas podem sofrer um espessamento e calcificações. Os barorreceptores do arco aórtico e seio carotídeo também tem sua função reduzida, diminuindo assim a resposta adaptativa para alterações na PA (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012).

As modificações gastrointestinais mais comuns no envelhecimento iniciam-se na cavidade bucal, onde há a compressão da gengiva, redução no número e efetividade das papilas gustativas, diminuição da salivação e consequentemente da ação enzimática. No esôfago há a redução da motilidade esofágica e no estômago da quantidade de Ácido Clorídrico (HCL), assim como perda das células parietais. No fígado pode ocorrer a redução de tamanho após os 60 anos, assim como a redução do fluxo sanguíneo pela veia porta e o número de hepatócitos e

suas mitocôndrias. Na vesícula o índice litogênico torna-se elevado, o que juntamente com a absorção reduzida para Ca, Ferro (Fe), e lipídeos, mantém alto o índice de lipídeos tendo mais chances de desenvolver colelitíase. A absorção de glicose, xilose ou galactose torna-se mais lenta, assim como a absorção intestinal de nutrientes e o peristaltismo (CORDEIRO et al., 2015).

No aparelho genito-urinário, em um processo de envelhecimento senescente há a perda de néfrons, provocando a redução da taxa de filtração glomerular, e da reabsorção tubular, caracterizando alterações na concentração da urina e dificuldades para estabelecer-se o equilíbrio ácido básico. Quanto a eliminação, as pacientes idosas tendem a ter maiores dificuldades de controle de esfíncteres tanto para continência como para incontinência, tendo estreita relação com o enfraquecimento da musculatura pélvica. Nos homens tem-se a hiperplasia prostática benigna que é uma das mais comuns complicações que podem surgir e que interferem na eliminação urinária (NASCIMENTO, 2011).

O processo de envelhecimento produz diversas alterações nos indivíduos em todos os seus aspectos, estando estas alterações associadas a diminuição da capacidade de adaptação das pessoas ao ambiente, conseqüentemente trazendo maiores dificuldades para a realização das ABVD, aumentando assim seu grau de dependência. Sendo assim, não o envelhecimento, mas a perda da capacidade funcional, deve ser vista como problema de saúde, já que esta implica de forma negativa na saúde dos indivíduos, da família, e no sistema de saúde (MATOS et al., 2018).

Moraes (2012) retrata que há equivalência entre bem-estar e funcionalidade, pois estes representam autonomia e independência dos indivíduos idosos, sendo que estes fatores permitem que o indivíduo cuide de si próprio. Esta autonomia está relacionada a boa funcionalidade da cognição, do humor, da mobilidade e da comunicação, que são considerados sistemas principais, pois estes fatores permitem a realização das ABVD.

2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional é entendida como uma competência semelhante a saúde, em que o indivíduo é capaz de realizar as ABVD's, envolvendo seu físico, seu estado mental e sua vida social em plenas condições de manutenção e equilíbrio. A incapacidade funcional há de definir-se pela dificuldade ou incompetência para a realização das atividades essenciais ao dia-a-dia,

necessitando de auxílio ou que outra pessoa assuma totalmente a responsabilidade de realizá-las (BARSANO, 2014).

Levando em consideração o processo de envelhecimento, seja este senil ou senescente, a capacidade funcional implica em aspectos biopsicossociais, estando relacionada a autonomia pela capacidade de exercer a tomada de decisões, e a independência para realização do que lhe foi proposto ou planejado. Sendo assim, o declínio na mesma, reflete prejuízos físicos pela inaptidão da sua estrutura orgânica de realizar atividades básicas e déficit psicossocial pela dificuldade ou incapacidade de planejamento ou interação (SOUSA; GONÇALVES; GAMBA, 2018).

Williams e colaboradores (2015), ressaltam que manter a funcionalidade dos indivíduos idosos é uma meta para o alcance do envelhecimento exitoso, a queda da capacidade funcional envolve diversos fatores sendo estes de origem biopsicossocial, fazendo-se assim necessária uma classificação que especifique a origem do declínio da funcionalidade, como reforçam os autores sobre a Classificação Internacional (CIF), que associa esta disfunção a fatores ambientais e pessoais que interferem direta ou indiretamente nos aspectos essenciais para o desenvolvimento saudável como a realização de atividades, a participação social e o grau de comprometimento das funções fisiológicas.

Para Lino e colaboradores (2008), a capacidade funcional constitui um indicador de saúde para a população idosa, necessitando de instrumentos padronizados para sua mensuração. A Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD) de Katz é amplamente utilizada, sendo desenvolvida inicialmente para definição do prognóstico de pacientes e resultado dos tratamentos empregados. Esta é composta por seis elementos que recebem duas pontuações, quanto maior a pontuação mais independente é o indivíduo.

De acordo com Paraná (2018), a considerada mãe da geriatria, Marjory Warren, desenvolveu para a avaliação do idoso uma classificação de acordo com os diferentes tipos de incapacidades que podem acometer este público, como as alterações em sua mobilidade, postura, cognição e continência. Tal classificação permitia a melhor avaliação dos pacientes internados e consequentemente um planejamento mais efetivo das ações voltadas para este público. Posterior a Warren, Katz em 1963, traz a proposta de uma escala que estabelece graus de dependência, sendo possível assim segmentar os idosos conforme o grau que obtêm na avaliação.

A escala de Katz avalia as atividades da vida diária (AVD) de maneira hierárquica, avaliando seis funções, sendo estas, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Pontuando-se os itens com 0, que caracteriza dependência, e 1, que

caracteriza independência, o somatório da pontuação irá variar entre 0 e 6, considerando-se 0 e 1 como dependência total, entre 2 e 4 dependência parcial e, 5 e 6 independente (AGUIAR et al., 2019).

Esta classificação é interpretada da seguinte forma:

- Independente: realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente;
- Semi-dependente: apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou usar o banheiro);
- Dependente incompleto: apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, por decorrência lógica, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- Dependente completo: apresenta comprometimento de todas as funções influenciadas pela cultura e aprendizado e, também, das funções vegetativas simples, incluindo a capacidade de alimentar-se sozinho. Representa o grau máximo de dependência funcional (PARANÁ, p. 22, 2018).

Cortez e colaboradores (2018) considerando o envelhecimento populacional e as características da população idosa, realizaram um comparativo entre instrumentos utilizados para a avaliação da capacidade funcional, como o Índice de Katz, o índice de Barthel, a Escala de Lawton e o Índice de Pfeffer. A partir da aplicação dos estudos a um determinado grupo e comparativo com outros estudos de mesma característica, observou-se que entre as escalas há diferença na pontuação estabelecida para a capacidade funcional, porém entre os estudos as escalas encontram pontuação semelhante se realizado em grupos populacionais análogos. Apesar de não haver semelhança entre as pontuações das escalas, presume-se que todas possuem aplicabilidade, sendo necessária a avaliação da escala ideal para as características da população a ser aplicada.

Devido a associação da fragilidade a diversos fatores, o envelhecimento possui diversas evidências relacionadas a atividade, metabolismo e cognição, como a marcha mais lenta e dificultosa, a redução nas atividades, a redução acentuada de massa corpórea e as alterações cognitivas significativas. Considerando diferentes graus de comprometimento e as particularidades desta faixa etária quanto a costumes, crenças e relacionamentos é de extrema necessidade o planejamento assistencial individualizado para cada indivíduo, com a finalidade de prevenir as incapacidades (SOUTH-PAUL; MATHENY; LEWIS, 2014).

De acordo com Vieira, Aprile e Paulino (2014), o envelhecimento se trata do agrupamento de eventos biológicos, influenciando no controle postural, força muscular e mobilidade fator influente na capacidade funcional e no risco de quedas, prejudicando o

envelhecimento bem-sucedido. O equilíbrio postural dá-se pela manutenção do centro de gravidade nas diversas alterações estáticas e dinâmicas diárias.

As ações de manutenção do equilíbrio são eficientes devido a atividade dos sistemas somatossensorial, visual e vestibular, não sendo apenas a integridade desses sistemas significativa no processo, mas a integração destes com o SNC, envolvendo a visão e a percepção espacial, a efetividade dos tônus e da força muscular, além da flexibilidade articular. Porém durante o envelhecimento ocorre a redução das fibras musculares prejudicando força muscular e mobilidade, assim como as mudanças ambientais percebidas pelos proprioceptores e a acuidade visual. Também nesta etapa da vida há a perda crescente de células nervosas do sistema vestibular como um todo, ocasionando vertigens, tontura e desequilíbrio, sinais clínicos de alteração no equilíbrio corporal (VIEIRA; APRILE; PAULINO, 2014).

A queda na funcionalidade da pessoa idosa não é apenas o resultado das patologias diagnosticadas que os acometem, mas é essencial para que haja qualidade de vida, este que é o fator determinante para que ocorra a independência deste indivíduo no convívio em comunidade. O comprometimento já instalado da pessoa idosa não pode ser curado, mas a prevenção de mais agravos ou para que este não aconteça, assim como tratamento das causas deste declínio, oferecem o suporte necessário para a garantia da qualidade de vida e segurança dos idosos, a partir de adaptações no ambiente físico, familiar, comunitário e psicológico, fortalecendo este grupo para evitar maiores comprometimentos tardios (WILLIAMS et al., 2015).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Historicamente a enfermagem é a classe a que mais presta assistência especializada a pacientes idosos dentre os demais profissionais de saúde. Com o surgimento das casas de repouso, houve uma ascensão no número de profissionais que atuavam voltados à geriatria, porém pela consideração da enfermagem em geriatria como algo comum a qualquer cuidador, estes profissionais foram vistos como inferiores perante os profissionais que atendiam as demais especialidades clínicas. A partir da criação da enfermagem geriátrica como área de especialização, houve um aumento no número de profissionais e na qualidade da assistência prestada (ELIOPOULOS, 2011).

Gonçalves e Tourinho (2012) reforçam a definição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que trata da enfermagem em geriatria e gerontologia como o estudo científico

da sua prática de cuidado, a fim, de utilizar dos conhecimentos ali adquiridos sobre o processo de envelhecimento, na programação da assistência nos serviços de saúde, para garantir maior longevidade e a promoção da saúde durante este período, permitindo maior autonomia dos indivíduos. Os mesmos autores ainda trazem a definição da enfermagem gerontológica referida por outros especialistas, que enfatizam também a atuação desta classe profissional na prevenção de agravos, promoção e restauração da saúde, e preservação da qualidade de vida durante todo o processo de envelhecimento até a morte.

Segundo Sulzbach, Weiller e Dallepiane (2020), as alterações decorrentes do envelhecimento necessitam de grande atenção, pela representatividade que o envelhecimento saudável tem na qualidade de vida da população, e, conseqüentemente nos custos com tratamentos para os serviços de saúde. Os profissionais de saúde têm significativa importância no envelhecimento saudável da população, pois agem de forma preventiva e paliativa. Os mesmos autores ainda referem que o conhecimento dos profissionais quanto aos cuidados relacionados a idosos longevos é tema novo, reconhecendo que este fator possa ser influenciado pela formação acadêmica dos profissionais de enfermagem que atuam como coordenadores dos serviços de saúde.

Gonçalves e Tourinho (2012) destacam, que o aumento da expectativa de vida trouxe consigo o aumento das doenças crônicas na população idosa, o que remete ao aumento da busca pelos serviços de saúde, levando em consideração que os mesmos já possuem as alterações relacionadas ao envelhecimento fisiológico, que os condiciona a redução da resposta adaptativa, de defesa e de reserva os tornando mais vulneráveis a estímulos traumáticos, infecciosos e psicológicos. Os mesmos autores ainda afirmam que os principais motivos das hospitalizações estão relacionados as doenças crônico-degenerativas, considerando uma porcentagem de 20% maior de chances de internação se comparado a idosos que não possuem doenças deste tipo.

Considerando que o indivíduo idoso que busca os serviços de saúde é portador de doenças crônico-degenerativas e devido a esta característica o mesmo torna-se mais susceptível a desenvolver as síndromes geriátricas necessitando de internação, a hospitalização é um risco frente as grandes peculiaridades características deste grupo, como a polifarmácia, a associação de doenças e a redução da capacidade funcional, que podem potencializar as síndromes geriátricas e a sua sintomatologia, sendo de extrema importância por parte da equipe de enfermagem, uma atenção individualizada para cada paciente, que atenda às suas necessidades de maneira integral, para que o mesmo não caia em um ciclo entre doença crônica, síndrome geriátrica e hospitalização (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Duarte e colaboradores (2018) dizem, que o cuidado efetivo está diretamente relacionado ao quantitativo adequado de profissionais e recursos, assim como de qualificação adequada, pela necessidade de habilidades específicas para cuidar de pacientes idosos, especialmente longevos que é a característica da população idosa atual. A especificidade dos profissionais que atuam com o público idoso, possibilita a identificação dos fatores influentes na fragilidade das pessoas na terceira idade, o que auxilia o planejamento profissional, institucional e dos órgãos responsáveis pela criação de políticas públicas, que se tornariam mais adequadas e específicas a este público, proporcionando maior qualidade de vida a esses indivíduos.

Santos e Traldi (2015) referem que o dia-a-dia da enfermagem é ocupado de demandas assistenciais e administrativas, necessitando assim, de modelos de trabalho que possibilitem organização e planejamento das atividades de enfermagem e dos serviços de saúde. Lemos et al. (2020), referem que a prática clínica pode basear-se no uso de linguagens padrão para garantir maior segurança, citando as taxonomias NANDA para estabelecer diagnósticos de enfermagem, Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) para intervenções e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para os seus resultados.

Para melhor organização dos serviços, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), vem sendo indicada pelo conselho desta classe. A SAE possibilita melhor conhecimento do quadro clínico dos pacientes, fundamentos científicos sólidos para a profissão, e registros dos cuidados a serem empregados de forma integral e baseados em métodos validados, que são as teorias de enfermagem (SALVADOR et al., 2019).

2.5 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em 1914 na cidade de Baltimore, localizada no estado de Maryland nos Estados Unidos, concluiu seus estudos em enfermagem em 1930, sendo mestre em enfermagem em 1945, fazendo sua primeira publicação voltada à profissão como autocuidado em 1959. Orem classifica a enfermagem como um serviço de saúde especialista que difere das demais profissões por orientar-se para o atendimento das incapacidades humanas, garantindo cuidados individualizados e suficientes para o suprimento das necessidades dos pacientes. Sua teoria expõe e elucida os fatores pelos quais o autocuidado é importante na vida, na saúde e satisfação dos indivíduos, segundo ela a relevância para a profissão dá-se, pois, o

autocuidado é significativo na garantia da qualidade de vida dos seres humanos (BRAGA, SILVA, 2011).

A teoria do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem foi desenvolvida entre os anos 70 e 80 a partir da indagação referente aos meios que levavam as pessoas a necessitar do cuidado dos profissionais de enfermagem. A partir do conceito de autocuidado trazido por Orem na década de 50, deu-se a ideação de sua teoria baseada neste princípio, que é definido como as práticas humanas realizadas em prol de si próprio, que levam o indivíduo a busca de melhorias, manutenção ou prevenção de agravos em sua saúde. Sua teoria baseia-se no autocuidado ressaltando-se a importância da atuação do indivíduo em seu cuidado, o tornando protagonista e responsável pela sua terapêutica (SILVA et al., 2021).

Segundo a teoria de Orem a enfermagem mostra-se como ajuda aos indivíduos que possuem condições de realizar seu cuidado. E déficit do autocuidado, quando as pessoas não possuem capacidades para execução do seu cuidado. A ênfase desta teoria dá-se nas necessidades do indivíduo para exercer o autocuidado, assim como a provisão e gerência das atividades a fim de manter a saúde dos indivíduos, recuperar sua capacidade de realização do cuidado e torna-lo independente. Orem destaca o autocuidado para o indivíduo como um processo de grande importância para a enfermagem, pois este permite a busca de estratégias para a resolução das suas necessidades de saúde (SCHMITZ, 2015).

A teoria desenvolvida por Orem, compõe a tríade das teorias que fazem parte da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado (COSTA et al., 2018). Sendo esta tríade composta pelas teorias do Autocuidado, do Déficit do Autocuidado e dos Sistemas (SILVA et al., 2021).

É ampla a utilização da teoria de Orem na enfermagem, pela necessidade de que o indivíduo saiba se cuidar e possa em seu domicílio, dar continuidade aos cuidados prestados pelos profissionais. Esta, apresenta condições a serem postas em prática pelos pacientes para seu sucesso, sendo estes gerais, relacionados a manutenção de funções vitais básicas e aspectos psicossociais, de desenvolvimento, da sua capacidade de fortalecimento frente a obstáculos que dificultam o autocuidado, e do desenvolvimento de patologias, que dificultam ou impedem o autocuidado. O não atendimento a estes aspectos é considerado déficit no autocuidado e assim fornece pontos para atuação da teoria dos Sistemas, fazendo a interação e aplicabilidade das três teorias (COSTA et al., 2018).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo de modalidade quantitativa, descritiva e transversal que foi realizado em duas instituições de saúde pertencentes ao Alto Vale do Itajaí no estado de Santa Catarina, sendo um, um hospital geral filantrópico localizado na cidade de Rio do Sul, em sua unidade de clínica cirúrgica, que possui pacientes pós cirúrgicos e que aguardam a intervenção, assim como pacientes em internação, pelo fato de a clínica médica estar direcionada ao atendimento de pacientes positivos para COVID-19. E outro, um hospital geral e de longa permanência localizado na cidade de Trombudo Central, em sua unidade de clínica médica que possui pacientes de internação e de longa permanência. Ambas as instituições pertencem a atenção terciária em saúde e atendem diversas especialidades médicas por convênios privados e Sistema Único de Saúde (SUS).

Os devidos responsáveis pelo serviço de enfermagem dos hospitais e os responsáveis técnicos mostram ciência quanto as características do estudo, sua finalidade e procedimentos a serem realizados, assim como quanto ao uso de dados do prontuário dos pacientes, as autorizações para realização da coleta de dados e consulta aos prontuários encontram-se como ANEXO I, ANEXO II, ANEXO III e ANEXO IV.

A amostra foi definida por livre demanda devido à ausência de uma base de dados que fornecesse a quantidade de pacientes com perfil semelhante aos indivíduos da pesquisa pelo mesmo período do ano anterior, sendo a amostra composta por pacientes internados nas unidades durante o período de coleta de dados, os mesmos foram selecionados através de consulta aos prontuários ativos no momento.

Como critérios de inclusão foram adotados, ter idade entre 60 e 75 anos, estar internado na unidade nos dias delimitados para a coleta de dados no período matutino e vespertino, ser conveniado com o SUS, estar consciente no momento da coleta, ser de ambos os sexos e ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO V) pós-informados quanto as características da pesquisa.

Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes que não estivessem internados no momento da coleta, pacientes inconscientes pela impossibilidade de avaliação dos fatores que dependem de comunicação, pacientes com transtornos psiquiátricos devido a possível influência que o transtorno pode causar sobre as respostas ou comportamentos dos pacientes devido a delírios, alucinações e dificuldade de concentração por exemplo, pacientes de convênios privados de saúde, e os que não aceitem participar da pesquisa ou assinar o TCLE.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos responsáveis do corpo técnico das instituições, que cientes das características da pesquisa, sua metodologia e finalidade autorizaram que a mesma fosse ali realizada. Após isso o projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDAVI por vias eletrônicas. Após avaliação, atendendo aos preceitos éticos da pesquisa em seres humanos vigentes na Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através de aprovação estabelecida no parecer nº 4.822.549 (ANEXO VI), foi dado início a coleta de dados para posterior análise e apresentação.

Todos os participantes da pesquisa que se enquadraram nos critérios de inclusão foram abordados pela pesquisadora que se apresentou aos mesmos e informou-os sobre o TCLE e o conteúdo da pesquisa, após aceite verbal lhes foi fornecido duas vias do TCLE que foram assinadas, uma permanecendo com o sujeito e outra com a pesquisadora. Após ter assinado o TCLE foi aplicado aos indivíduos o instrumento de coleta (APÊNDICE I) composto pelos dados de identificação do paciente, dados sociodemográficos, dados socioeconômicos, características gerais da dor, escala de Katz para avaliação do grau de dependência, e a escala unidimensional de categoria numérica para avaliação da dor. Os dados de identificação foram coletados mediante questionamento e consulta aos prontuários, a escala de dor foi aplicada mediante questionamento e a escala de Katz mediante observação e questionamento, ambas as escalas são validadas.

A aplicação do instrumento de coleta, levou em média 15 minutos. Os dados coletados e as pontuações definidas nas escalas de Katz, e de categoria numérica para avaliação da dor foram registradas no próprio documento e este anexado junto com TCLE de cada indivíduo participante. Estes documentos serão guardados em posse da pesquisadora pelo período de cinco anos.

Todos os dados foram tabulados com o uso do aplicativo Microsoft Team Excel. Sua interpretação foi realizada através do uso de estatística analítica e inferencial, utilizando-se do coeficiente de correlação de Pearson para estabelecer a relação entre as duas principais variáveis da pesquisa, com esta finalidade, fez-se necessária a utilização do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Considerando que a escala de Katz fornece uma pontuação inversa, com maior pontuação (5 e 6) para pacientes independentes e menor pontuação (0 a 2) para pacientes dependentes, entendemos que quanto maior a pontuação, menor é o nível de dependência do indivíduo. Porém a escala numérica de dor possui uma pontuação inversa ao índice de Katz, já que quanto maior a pontuação mais elevada é a dor dos pacientes.

Levando em consideração estas duas informações, a realização da correlação entre as duas necessitava que ambas estivessem em um mesmo sentido, ou crescente ou decrescente. A partir desta necessidade para obtenção de uma análise fidedigna, atribuiu-se valores crescentes para os níveis de dependência expressos na escala de Katz, ficando da seguinte forma: aos pacientes que obtinham independência (pontuação 5 e 6) atribuiu-se a variável “1”, aos pacientes com dependência moderada (pontuação 3 e 4) atribuiu-se a variável “2” e, aos pacientes totalmente dependentes (pontuação entre 0 e 2) atribuiu-se a variável “3”. A expressão da pontuação na escala de dor foi mantida com o mesmo valor durante a tabulação e análise.

Aos dados sócio demográficos (sexo, cor, ocupação, renda, escolaridade e religião) foram atribuídos números, assim como para os demais itens avaliados (duração da dor, localização da dor e classificação da dor).

Os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de pesquisa são de total e único uso por parte da pesquisadora nos trâmites de sua pesquisa e publicações que por ventura possam surgir após apreciação do trabalho pela banca de examinadores.

A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de mensurar, o nível de influência que a dor, fator tão significativo nos serviços de saúde, causa sobre o grau de dependência dos pacientes, este que é um dos fatores primordiais na organização dos serviços e das atividades da equipe de enfermagem.

Quanto aos riscos, a pesquisa apresenta baixo potencial de causar dano psicológico aos pacientes, já que a mesma não fere aspectos psicológicos significativos durante a aplicação dos seus instrumentos de coleta, porém por envolver o fator dor, o período de internação e a possível redução de sua autonomia ou funcionalidade, consideramos a necessidade de apoio ao paciente em todos os momentos que for necessário, pela possibilidade de ocorrer desconforto ou constrangimento.

A fim de minimizar os riscos, os dados foram coletados individualmente com cada paciente, em ambiente privativo dentro da unidade de internação, sendo preservados também o sigilo e o anonimato dos participantes, para isso os mesmos foram identificados por números designados de acordo com a ordem da coleta, os mesmos números identificam o instrumento de coleta.

Caso tenha ocorrido algum dano ao participante, mediante solicitação do paciente, a coleta de dados seria interrompida imediatamente a fim de realizar a escuta atenta do mesmo, para identificação do desconforto e das razões pelas quais este estaria se sentindo desconfortável. A coleta seria retomada somente após o paciente sentir-se melhor e dar seu

consentimento para retomada. Se o paciente desejasse, a coleta seria interrompida por tempo indeterminado ou encerrada, sendo o instrumento de coleta de dados deste descartado.

Se o participante viesse a se sentir desconfortável, constrangido ou tiver qualquer outro prejuízo psicológico relacionado a sua participação na pesquisa a pesquisadora se compromete a fornecer apoio psicológico sem custo algum ao paciente, através da profissional de psicologia Iara Tamar Dias Regis (Conselho Regional de Psicologia (CRP) 12-2114) (ANEXO VII), que fará a avaliação, o acompanhamento, e a terapêutica necessária ao mesmo, a realizar-se no município de Rio do Sul, de acordo com a disponibilidade de agendamento da profissional.

4 RESULTADOS

A população do estudo era composta por 65 pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão, sendo que, destes, 3 não aceitaram participar do estudo, obtendo assim uma amostra de 62 pacientes. Com um índice de confiança de 95%, a pesquisa apresenta uma margem de erro de 2,69%.

Quanto ao perfil sócio demográfico dos pacientes participantes, dos 62 idosos, a maioria apresentava as seguintes características, 56,45% (35) eram do sexo feminino, 83,87% (52) dos pacientes eram da cor branca, 74,19% (46) eram católicos e tratando-se da escolaridade, 70,96% (44) apresentavam o ensino fundamental incompleto. Os dados sociodemográficos gerais da população estudada encontram-se em ordem decrescente na **tabela 1**, a seguir.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos

Dados sociodemográficos		
<i>Sexo</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Feminino	56,45	35
Masculino	43,54	27
<i>Cor</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Branco	83,87	52
Pardos	14,51	9
Negros	1,61	1
<i>Religião</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Católica	74,19	46
Evangélica	17,74	11
Outra	4,83	3
Luterana	3,22	2
<i>Escolaridade</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Ensino fundamental incompleto	70,96	44
Ensino fundamental completo	9,67	6
Nenhuma escolaridade	6,45	4
Ensino médio completo	6,45	4
Ensino médio incompleto	3,22	2
Ensino superior completo	3,22	2

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Tratando-se do perfil socioeconômico predominante na população participante do estudo, do total, 82,25% (51), eram aposentados, principalmente devido ao critério de idade estabelecido. Referente a renda 54,83% (34) dos participantes, possuíam renda média mensal de 1 salário mínimo. Os demais dados referentes ao perfil sócio econômico da população, encontra-se exposto em ordem decrescente na **tabela 2**.

Tabela 2: Dados Socioeconômicos

Dados socioeconômicos		
<i>Ocupação</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Aposentados	82,25	51
Exercem outra atividade rentável	14,51	9
Desempregados	3,22	2
<i>Renda</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
1 salário mínimo	54,83	34
Até 2 salários mínimos	30,64	19
Igual ou superior a 3 salários mínimos	8,06	5
Menor que 1 salário mínimo	6,45	4

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

Referente a análise da variável dor, a média de tempo que os pacientes a possuíam dividiu-se da seguinte forma: 50% (31) possuíam dor com duração a mais de 3 meses o que a caracteriza como crônica, e 50% (31) possuíam dor com duração menor que 3 meses caracterizando-a como aguda.

Referente a localização da dor, a maioria, 32,25% (20) possuíam a dor localizada na região do abdômen, sendo evidenciada esta característica da população devido aos procedimentos cirúrgicos realizados nesta região. 45,16% (28) dos pacientes possuíam sua dor relacionada ao sistema musculo esquelético, consistindo na maioria dos indivíduos. As características da dor dos pacientes encontram-se dispostas de forma decrescente na **tabela 3**.

Tabela 3: Características Gerais da Dor

Características gerais da dor		
<i>Região</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Abdominal	32,25	20
Lombo sacral	22,58	14
Torácica	19,35	12

Membros inferiores	19,35	12
Cabeça e face	4,83	3
Membros superiores	1,61	1
<hr/>		
<i>Sistema relacionado</i>	<i>%</i>	<i>População</i>
Musculo esquelético	45,16	28
Digestório	29,03	18
Cardiovascular	14,51	9
SNC	4,83	3
Geniturinário	4,83	3
Tegumentar	1,61	1

Fonte: Elaborado pela Autora, 2021.

A média da pontuação na escala numérica para avaliação da dor, entre os indivíduos participantes ficou em 7,53 de intensidade, considerando um desvio padrão de 2,61, esta pode ser considerada uma pontuação significativa. Referente a classificação, apenas 1,61% (1) dos pacientes classificou sua dor como indolor entrando em discordância com a presença ou não da dor, explicando-se pela dificuldade de interpretação dos questionamentos ou pela subjetividade na interpretação do estímulo que estava recebendo, 12,90% (8) classificaram como leve, 22,58% (14) como moderada, e 62,90% (39) como intensa.

Tratando-se da capacidade funcional dos indivíduos participantes, 50% (31) dos pacientes apresentavam-se muito dependentes, com pontuação menor que 2 no índice, 33,87% (21) apresentavam-se com dependência moderada tendo a sua pontuação variando entre 3 e 4, e 16,12% (10) eram independentes para as ABVD avaliadas no índice, possuindo pontuação de 5 a 6. Os 62 pacientes apresentaram uma média de 2,83 pontos no índice de dependência de Katz, com um desvio padrão de 1,55, mostrando assim um índice de dependência para as ABVD's elevado na população estudada.

Os itens que mais possuem pontuação 0 no índice de Katz, demonstrando maior dependência para sua realização são ir ao banheiro e transferir-se, nestes quesitos, 45 pacientes, 72,58% da população estudada, apresentaram pontuação 0, seguidos por banhar-se e vestir-se, em que 39 pacientes pontuaram com 0 nestes quesitos, correspondendo a 62,90% da população. No item continência apenas 18 pacientes apresentaram pontuação mínima durante a avaliação, correspondendo a 29,03% dos pacientes. O item em que os pacientes menos pontuaram com pontuação 0 foi na alimentação, em que apenas 10 pacientes receberam tal pontuação, 16,12% da população. Considerando essas informações, conclui-se que, quanto as ABVD avaliadas no

índice de Katz, a população estudada apresenta maior dependência para sua transferência e para dirigir-se ao banheiro.

Quanto ao grupo de pacientes que apresentou-se dependente, a maioria eram do sexo feminino correspondendo a 27,41% (17) dos indivíduos, do sexo masculino apenas 22,58% (14) apresentaram dependência total, indicando maior índice de dependência no grupo feminino. Os pacientes do sexo masculino apresentaram-se como maioria nos quesitos dependência parcial, 22,58% (14), e independência, 11,29% (7), contra 11,29% (7) pacientes do sexo feminino parcialmente dependentes e 4,83% (3) pacientes do sexo feminino independentes.

A partir da correlação entre as duas principais variáveis da pesquisa, dor (variável independente) e capacidade funcional (variável dependente), através do coeficiente de correlação de Pearson, estabeleceu-se um índice de correlação positivo (0,533). Sendo assim podemos afirmar, através da pontuação obtida, que há uma correlação positiva entre as variáveis, e a variável independente influencia sim na variável dependente do estudo, como expresso na **figura 1**, a seguir:

Figura 1: Resultado da Correlação entre as Pontuações do Índice de Katz e da Escala Numérica de Dor

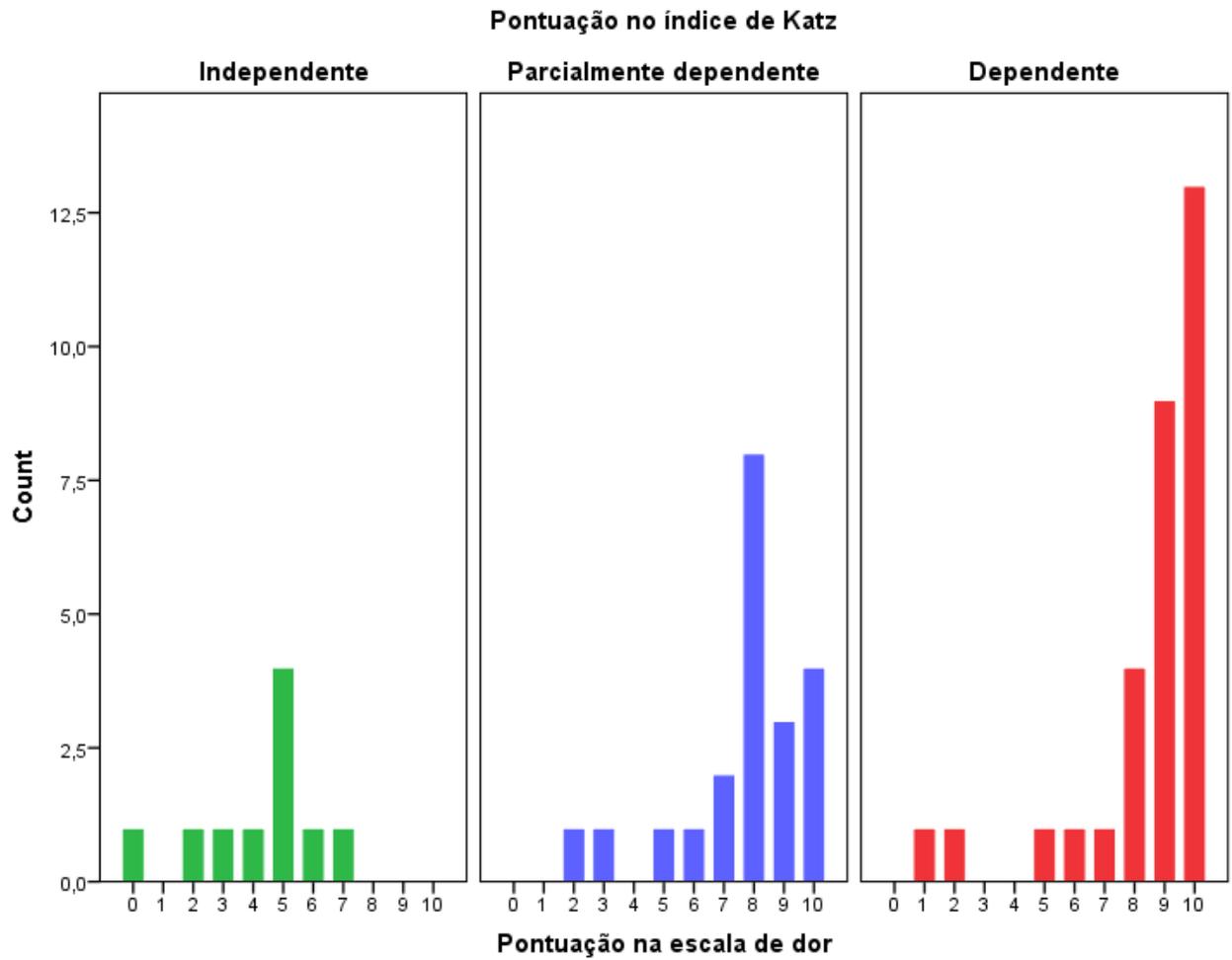
Correlations			
		Pontuação na escala de dor	Pontuação no índice de Katz
Pontuação na escala de dor	Pearson Correlation	1	,533**
	Sig. (1-tailed)		,000
	N	62	62
Pontuação no índice de Katz	Pearson Correlation	,533**	1
	Sig. (1-tailed)	,000	
	N	62	62

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Fonte: Elaborado pela Autora com o uso do Software SPSS, 2021.

A partir do gráfico disposto na **figura 2**, é possível vislumbrar esta correlação positiva, em que, vê-se que aos pacientes mais independentes atribuem-se menores pontuações na escala de dor, aos pacientes com dependência moderada atribuem-se pontuações medianas para dor, e aos pacientes mais dependentes atribuem-se pontuações mais intensas na escala de dor.

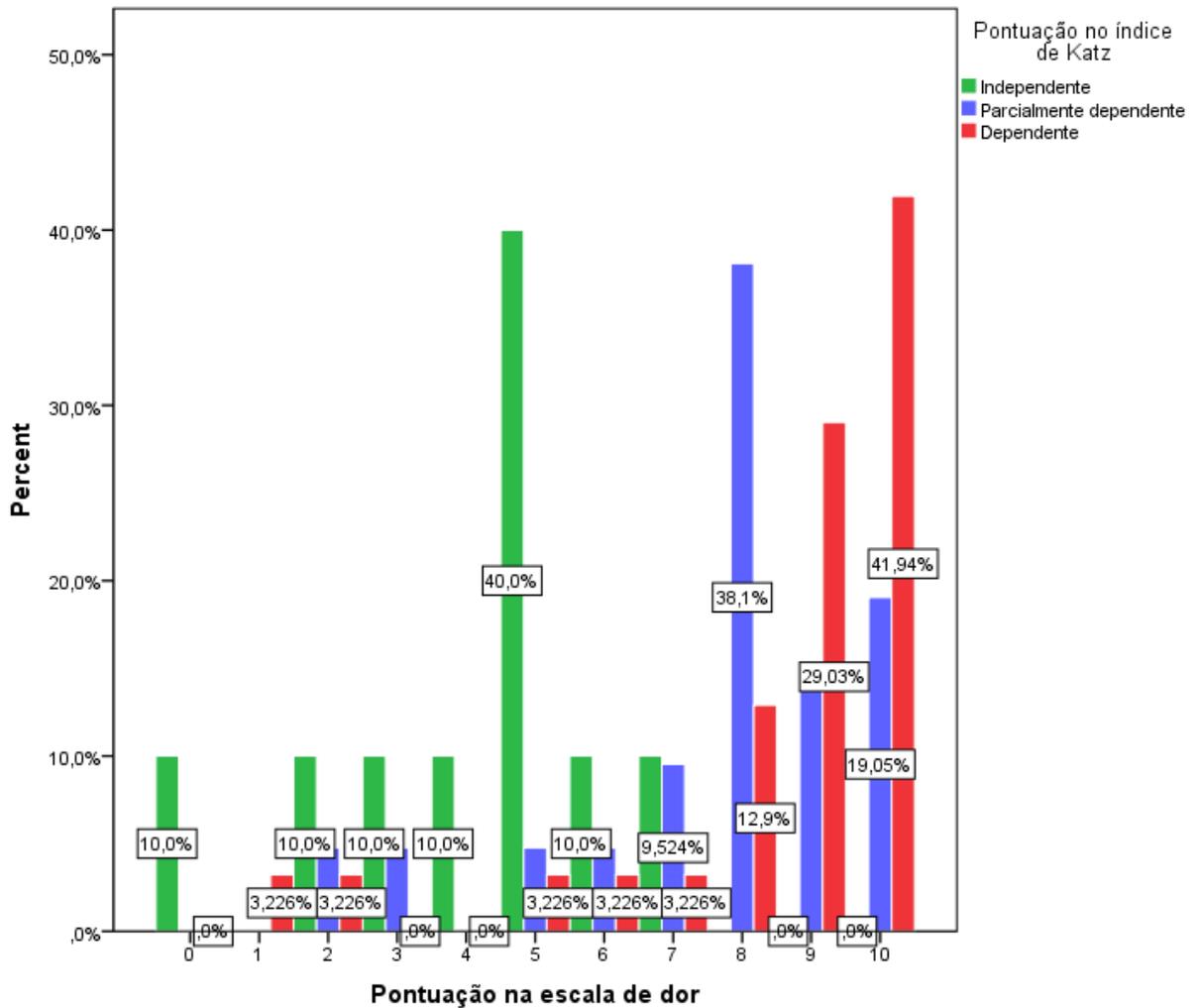
Figura 2: Gráfico da Correlação entre a Pontuação no Índice de Katz e a Pontuação da Escala Numérica de Dor



Fonte: Elaborado pela Autora com o uso do Software SPSS, 2021.

O gráfico disposto na **figura 3** ilustra a distribuição dos pacientes de acordo com seu nível de dependência, em porcentagem, para cada pontuação obtida na escala de dor.

Figura 3: Distribuição do Nível de Dependência de acordo com a Pontuação Obtida na Escala de Dor



Fonte: Elaborado pela Autora com o uso do Software SPSS, 2021.

Estes dados obtidos através da correlação entre as duas principais variáveis da pesquisa, dor e capacidade funcional, ilustram a comprovação da hipótese inicial levantada de que a dor aumenta o grau de dependência dos pacientes idosos hospitalizados e influencia negativamente na realização das ABVD.

5 DISCUSSÕES

O perfil populacional obtido através da análise dos dados coletados consistiu em mulheres, brancas, da religião católica e com baixa escolaridade, perfil estabelecido principalmente devido à maior busca pelos serviços de saúde por parte do público feminino, características da colonização da região por descendentes de europeus, dando uma maior incidência a cor branca, maior predominância da igreja católica na região de coleta e, pela faixa etária analisada, conhecendo o contexto histórico regional, vê-se uma maior dificuldade para acesso ao sistema educacional na infância e juventude desta população.

Andrade e colaboradores (2017), em um estudo objetivando avaliar a predominância da incapacidade cognitiva e os fatores associados a esta, com idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), identificaram que a maioria dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, analfabetos ou com escolaridade a nível de ensino fundamental incompleto, aposentados e com alto grau de dependência.

Os autores obtinham um perfil semelhante ao da população presente neste estudo, demonstrando que o perfil dos idosos que estão institucionalizados, seja para um tratamento com um período de tempo menor, ou por longa permanência, é semelhante. A variação nas características da população irá dar-se quando avaliada a intensidade da dor, principalmente pelas características do estímulo doloroso e subjetividade na interpretação do mesmo. E a funcionalidade, que irá variar a depender de fatores diversos, inclusive a intensidade da dor. As influências na variação da funcionalidade são reafirmadas quando os autores alegam os fatores que levam ao comprometimento funcional e as consequências deste.

Andrade e colaboradores (2017) referem que seus resultados se justificam significativamente pelos fatores idade, baixa escolaridade, sexo feminino, inatividade e institucionalização. Estes levam ao comprometimento da capacidade funcional, aumento dos sintomas depressivos e consequente comprometimento cognitivo. Estando a redução da capacidade funcional relacionada ao comprometimento dos demais sistemas orgânicos.

Quando tratamos das características da dor encontradas vemos que há um equilíbrio entre as porcentagens de dor crônica e dor aguda. Atribui-se este perfil de dor à população, pelas características dos setores em que foi realizada a coleta de dados, pois tanto haviam pacientes crônicos, que já vinham com a dor mais significativa da comunidade, como pacientes que possuem como estímulo doloroso mais significativo o procedimento, normalmente cirúrgico, realizado recentemente.

Divergindo do exposto acima, Bonafé e colaboradores (2020) dizem que em seus resultados encontraram uma significativa quantidade de idosos com dor crônica, sendo a maioria presente em seu estudo e fator que entrou em consonância com os demais estudos durante as suas discussões.

Pereira e colaboradores (2017) referem que devido à elevação na expectativa de vida, ocorreu um crescimento dos fatores de risco que estão associados as doenças crônico degenerativas, que influem negativamente na qualidade de vida da população idosa, devido a dor, principalmente crônica, assim como afetam a funcionalidade destes indivíduos.

Paz e colaboradores (2021) em seu estudo que objetivava analisar os fatores associados à qualidade de vida em pacientes idosos com dor crônica, observaram que a autonomia destes foi influenciada mais significativamente pela dor localizada no tórax além da depressão, enquanto a participação social é mais significativamente influenciada pelas patologias crônicas, como DM, depressão, dor localizada na região de cabeça e face, assim como pela maior intensidade da dor, demonstrando o nível de influência exercida pela dor no dia a dia das pessoas e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Tratando-se do sistema com maior ocorrência de dor, da população estudada na atual pesquisa, observou-se a maioria relacionada ao sistema musculo esquelético. Ao ser comparada com a região mais incidente de dor encontrada, a abdominal, vê-se que a relação entre a localização e o sistema em que se evidencia, se dá devido as alterações provocadas nos tecidos, principalmente o rompimento das estruturas musculares, para realização dos procedimentos cirúrgicos e a exigência de atividade muscular abdominal durante a mobilização dos pacientes, o que causa dor.

Bonafé e colaboradores (2020) referem, que a maioria dos idosos apresentam a dor crônica de origem oteomioarticular, fato evidenciado em seu estudo e reafirmado em suas discussões quando comparado com a literatura vigente, entrando em concordância com os resultados encontrados na atual pesquisa.

Santos, Giacomini e Firmo (2019) referem que quando tratam da relação entre dor, corpo e envelhecimento, percebem que o corpo envelhecido se torna um elemento a parte, que traz dor, a qual o idoso busca se afastar por não se identificar com a imagem que vê e o corpo que sente. O corpo quando indolor não influi na percepção dos idosos de si mesmos, porém quando alguma parte do corpo dói, estes em suas narrativas buscam afastar-se da parte que lhes causa incomodo, referindo da porção do corpo que dói como algo a parte, na terceira pessoa, como se dissessem não eu, mas sim determinada parte do meu corpo dói. Isso demonstra o quanto a dor,

e a percepção desta, influenciam na percepção de si mesmo e da sua funcionalidade como sistema orgânico e psíquico.

A média da pontuação na escala numérica para avaliação da dor, obtida na amostra de pacientes estudada, pode ser considerada significativa, já que a adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, já se fazem presentes na maioria dos casos, fator que deveria reduzir a dor dos pacientes, podendo esta, estar sofrendo influência da terapêutica adotada e ser mais elevada quando não tratada, ou estar sendo tratada de maneira inadequada, não surtindo o efeito esperado, assim como leva-se em consideração a subjetividade da dor para cada indivíduo e a sua interpretação e resposta frente ao estímulo doloroso.

Lemes e colaboradores (2021) buscando identificar a prevalência da má auto avaliação em idosos nas diferentes AVD, identificaram que da amostra estudada houve uma relação entre a má avaliação e o sexo feminino, e das ABVD, o transferir-se apresentou maior déficit e foi mais influente na má auto avaliação da qualidade de vida. A maioria dos idosos atribuiu a sua má avaliação ao aumento da idade, a quantidade de comorbidades que possui e as últimas internações. Em suas discussões os autores afirmam que a capacidade funcional é um indicador significativo para avaliações em idosos, pois é indispensável para a qualidade de vida dos mesmos. Os autores referem que a dependência dos idosos impacta negativamente sua percepção do seu quadro de saúde e conseqüentemente sua auto avaliação, levando a um declínio mais acentuado da sua independência, este declínio em algumas atividades podendo ser sinalizador de outros problemas de saúde não diagnosticados.

Foi evidenciado durante a análise de dados, que a população feminina no presente estudo apresentou-se mais dependente, tendo similaridade com a pesquisa supracitada, sendo este fator levantado como influente na má auto avaliação, podemos atribuir esta característica ao fato de o público feminino ser mais longo e buscar mais os serviços de saúde, consistindo na maioria da população dos estudos e estar mais sujeito a intervenções e tratamentos de saúde.

Caldas e colaboradores (2019) ao avaliar a influência que 16 semanas de treinamento físico tiveram no desempenho motor de 27 idosas, demonstraram que, após o treinamento, fatores como Índice de Massa Corporal (IMC), estatura e peso não sofreram alterações, principalmente devido a redução dos processos anabólicos, porém nos testes que avaliam mobilidade, transferência, resistência muscular e equilíbrio, percebeu-se uma melhora que varia de 0,06 a 0,59 pontos nos quesitos avaliados. Os autores ainda referem que a manutenção da capacidade funcional tem relação estreita com a manutenção da aptidão física, justamente as mesmas que declinam com o processo de envelhecimento seja este senescente ou não.

Quando tratamos da funcionalidade, avaliada na pesquisa através do índice de Katz, vemos que a média da pontuação obtida na amostra avaliada neste estudo foi significativa. Somando-se ao fato de que metade da população apresentou alta dependência para as ABVD avaliadas no índice, considera-se que na amostra estudada, há um alto índice de dependência e um consequente déficit funcional. A maior dependência apresentou-se nos quesitos transferência e ir ao banheiro, sendo estas atividades as que exigem maior mobilidade, e principalmente devido a dor durante a mobilização, os pacientes necessitam de maior auxílio.

Donatti e colaboradores (2019) em um estudo com 46 idosos, que buscava analisar a relação entre a dor lombar e a funcionalidade dos indivíduos, com a presença de sintomas depressivos, referem que em suas análises correlacionais, evidenciaram relação entre a intensidade de dor com a presença de sintomas depressivos, assim como, relação entre o nível de incapacidade com a presença dos sintomas relacionados a depressão. A pesquisa ainda evidenciou que a dor e o déficit funcional destes indivíduos afetam principalmente o apetite, os relacionamentos e as atividades que exigem maior mobilidade. Evidenciando assim a influência que a dor possui sobre o corpo humano como um todo.

Para estabelecer a relação entre o nível de dor e o nível de funcionalidade dos indivíduos participantes utilizamos do coeficiente de correlação de Pearson, segundo Lordelo e colaboradores (2018), este coeficiente é utilizado para identificar as variáveis que visualmente correlacionam-se entre si, a pontuação no coeficiente de correlação de Pearson varia entre -1 e 1, expressando o grau de dependência de uma variável na outra de maneira linear, o quanto mais próximo ao -1 menos correlação existe entre as variáveis, sendo que uma está crescendo enquanto a outra está diminuindo, e o quanto mais próximo de 1, mais correlação existe entre as variáveis, já que a medida que uma variável cresce a outra também cresce.

Tendo obtido um índice de correlação positivo (0,533) entre as variáveis, dor e capacidade funcional, comprovamos a hipótese descrita inicialmente de que havia uma relação de influência entre os dois fatores. Olhando para os estudos que anteriormente estabeleciam a relação entre capacidade funcional e algum fator, como a dor em uma região específica do corpo, ou a relação entre algum fator consequente a dor, e o déficit funcional, percebe-se que além de frequente esta relação, a redução da qualidade de vida também se encontra presente, tanto pela queda na funcionalidade quanto pelo fator causador desta.

Costa e colaboradores (2020) referem que o processo de envelhecimento por si só reflete nos serviços de saúde, pela sua necessidade elevada de cuidados, pela maior concentração desta faixa etária do que as demais nas instituições, e pelo maior tempo de permanência institucionalizados, elevando assim as despesas no setor da saúde. Os mesmos autores ainda

referem que a busca pelos serviços de saúde possui diversos motivos e dentre eles está a limitação funcional. Conhecer os fatores que limitam funcionalmente os indivíduos é essencial no planejamento dos cuidados de maneira individualizada, oportunizando um envelhecimento mais autônomo e com menores chances de manter-se institucionalizado.

Demonstrando assim a influência que a funcionalidade dos indivíduos tem nos serviços de saúde, na equipe multidisciplinar e principalmente na equipe de enfermagem que passa o seu cotidiano ao lado dos pacientes prestando cuidado direto aos mesmos.

Segundo Silva e colaboradores (2020) em um estudo que objetivava avaliar a teoria do autocuidado, como suporte aos cuidados prestados às mulheres mastectomizadas, levando em consideração as condições pós-diagnóstico e tratamento, as pacientes passam por um período de adaptação que afeta a sua qualidade de vida de forma negativa. Os mesmos autores referem que a teoria de Orem visa viabilizar que o indivíduo melhore seu autocuidado. A capacidade para exercer o autocuidado é a possibilidade de o mesmo desempenhar as atividades que são necessárias ao autocuidado, o déficit no autocuidado é o conjunto das ações que a pessoa não está apta a realizar.

Quando tratamos de um indivíduo com dor ou com um déficit funcional, estando estes relacionados ou não, vemos a necessidade de ofertar cuidados a fim de solucionar o quadro doloroso, recuperar sua funcionalidade e conseqüentemente o tornar mais autônomo, fornecendo qualidade de vida para aquela pessoa. Como já citado, a interpretação de cada indivíduo aos estímulos que recebe é subjetiva, sendo necessário que para esta seja fornecido um plano de cuidados que também seja subjetivo, e atenda as demandas que aquele paciente tem, sem generalizações e realizado por uma prática fundamentada, que tratando-se da retomada da capacidade para exercer o autocuidado relaciona-se com a teoria de Dorothea Elizabeth Orem.

Couto e colaboradores (2018) em um estudo de caso com uma paciente ostomizada da Atenção Primária em Saúde (APS), referem que a teoria de autocuidado de Orem traz como princípio tornar os indivíduos capacitados a cuidar de si mesmos, e que os profissionais de enfermagem devem trabalhar juntamente com o paciente para sanar suas dificuldades, aumentar sua funcionalidade e o fazer mais autônomo.

Neste estudo, Couto e colaboradores (2018) utilizam do processo de enfermagem para sistematizar a assistência. Após a identificação dos problemas existentes, foram apontados como essenciais os diagnósticos relacionados a imagem, conhecimento, autoestima e relações interpessoais, demonstrando que é necessário levar em consideração a subjetividade ao que o indivíduo sente, seja dor, dificuldade para realização de suas atividades rotineiras, impotência,

não aceitação de sua imagem ou outro sentimento que possa surgir, para que possam ser atendidas as demandas necessárias a àquela pessoa, manutenção da funcionalidade desta, garantia do seu autocuidado e consequente manutenção da sua autonomia.

A incapacitância que a dor gera funcionalmente nos indivíduos quando em ambiente hospitalar, torna-se mais evidente, principalmente devido as intervenções ali realizadas, e muitas vezes ao desconforto do paciente pelos agressores ambientais que o envolvem. Realizar uma assistência voltada para o alívio da dor, solução dos fatores que causam dor, e redução dos demais fatores que comprometem a funcionalidade, significa recuperar a capacidade funcional dos indivíduos, lhe possibilitando retomar a função de auto cuidar-se, fornecendo assim qualidade de vida.

A teoria do autocuidado consiste em ajudar o indivíduo dando-lhe o conhecimento necessário para que ele possa cuidar de si mesmo como um princípio de saúde. A mesma tem 5 modalidades de fornecer auxílio, sendo estas: fazer as ações no lugar do outro, direcionar as ações deste, fornecer suporte físico e/ou psíquico, fornecer um ambiente que de suporte e ensinar o indivíduo (KREMER et al., 2020).

No desenvolvimento do cuidado prestado ao paciente Orem traz 3 etapas que consistem em desenvolver um histórico do paciente a partir da interação com o mesmo, desenvolver um plano de cuidados e colocá-lo em prática abrangendo todo o contexto social e ambiental do mesmo, e preparar o paciente e os demais envolvidos com o mesmo a exercer suas atividades sem a mediação e o auxílio do profissional de enfermagem (KREMER et al., 2020).

Silva e colaboradores (2018) referem que o intuito de todas as teorias é aperfeiçoar o cuidado prestado, sendo que a tríade das teorias que compõe a teoria do autocuidado é de grande valia para a prática clínica da enfermagem, pois ela fornece suporte clínico focado no indivíduo, além estimular a prática da pesquisa a nós quanto profissionais, pois propicia integrar os conhecimentos teóricos a prática, nas diferentes atividades e diferentes casos de atuação da enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados evidenciou-se a relação existente entre a dor e o déficit funcional dos indivíduos participantes da pesquisa comprovando a hipótese levantada inicialmente, de que a dor causa comprometimento na funcionalidade dos indivíduos idosos em processo de hospitalização.

Durante a discussão com a literatura vigente percebeu-se que mais autores identificaram, não somente a relação da dor com o déficit funcional, mas também e conseqüentemente com a presença de depressão, alteração na imagem corpórea e redução na qualidade de vida, sendo a variável dor de significativa relevância para a pesquisa em todas as faixas etárias, mas, mais significativamente nos idosos, tanto devido ao envelhecimento populacional, quanto a cronicidade desta nesse público e as diferenças de interpretação desse estímulo, assim como a dificuldade de mensuração desta nesse grupo.

O presente estudo contribui na quantificação e identificação de um dos fatores que influenciam no grau de dependência dos pacientes idosos hospitalizados, público que frequentemente interna e normalmente passa por longos períodos de internação, devido a cronicidade das patologias que os acometem e as alterações fisiológicas que lentificam o processo de cura.

O déficit funcional dos pacientes é um dos fatores que mais significativamente influenciam no dia a dia do trabalho em enfermagem, devido à maior demanda de cuidados que os pacientes mais debilitados têm. Compreender um dos fatores mais influentes no déficit funcional, possibilita a intervenção para redução deste fator e conseqüentemente preservação da funcionalidade dos pacientes e redução da demanda de cuidados de enfermagem.

O estudo possui como fragilidades a quantidade de participantes, que devido as características quantitativas do estudo, tempo de coleta de dados e a maior triagem feita a partir dos critérios de inclusão e exclusão, avaliou apenas idosos “jovens” com um processo de envelhecimento ainda senescente, não avaliando os processos senis que mais acometem este público, sendo que a senilidade possui grande potencial de comprometimento da funcionalidade dos indivíduos, seja por causar dor ou comprometer de outras formas os sistemas orgânico e psíquico das pessoas.

A partir dos resultados apresentados nesta pesquisa faz-se novos questionamentos referente aos processos senis que acometem o público idoso, assim como as práticas a serem realizadas para resolução ou redução dos fatores que afetam a funcionalidade dos idosos, e a significância destes para a equipe de enfermagem e multidisciplinar por exemplo.

Vislumbrando os pacientes idosos institucionalizados ou na comunidade, a equipe multidisciplinar e as ações desta, é possível dirigir-se a uma variedade de estudos que envolvem as variáveis dor, capacidade funcional e conseqüentemente a qualidade de vida, podendo este estudo ser porta para novos ideais de pesquisa que buscam trazer conhecimento quanto as características e variáveis que influem na vida da população e atuação profissional.

Construir esta pesquisa relacionada a um tema tão influente na comunidade em geral e voltado para um público o qual, todos nós temos contato em nosso dia a dia, seja pessoal ou profissional, tem grande significância, pois possibilitou constatar o previsto, assim como encontrar novas questões relacionadas ao tema, que permitem tanto identificar, como intervir sobre um problema.

O processo de construção desta pesquisa envolveu não só os números analisados, mas também os indivíduos participantes que deram o melhor de si em seu momento de dor para responder aos questionamentos, assim como compreenderam a relevância da pesquisa e os avanços que esta poderia proporcionar ao setor saúde. Podemos concluir que a partir desta pesquisa, por meio das leituras e vivências que tivemos, que não só comprovamos a hipótese inicial como também aprendemos a considerar e respeitar a subjetividade e as limitações de cada indivíduo.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Jefferson Ribeiro et al. Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 617-623, 2019.

ANDRADE, Fábila Letícia Martins de et al. Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 8, n. 1, p. 3-16, mês de publicação não disponível 2018.

ANDRADE; Fabienne Louise Juvêncio Paes de et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186 – 197, mar. 2017.

BARRETT, Kim E. et al. **Fisiologia Médica de Ganong**. Porto Alegre: AMGH, 2014.

BARSANO, Paulo Roberto. **Evolução e envelhecimento humano**. São Paulo: Érica, 1 ed., 2014.

BONAFÉ, Marina et al. Fatores relacionados à dor crônica em idosos institucionalizados. **Jornal Brasileiro da Dor**, v. 3, n. 4, p. 314-317, out.-dez. 2020.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor da. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

BRAGA, Cristina; GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. **Saúde do adulto e do idoso**. São Paulo: Erica, 2014.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**, Brasília.

BRASIL. Projeto de lei nº 5383 de 2019. Altera as Leis nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 e 10.048, de 8 de novembro de 2000, para mudar de 60 (sessenta) para 65 (sessenta e cinco) anos a idade da pessoa idosa. **Câmara dos Deputados**: Deputado federal João Campos, Brasília.

CALDAS, Lucas Rogério dos Reis et al. Dezesseis semanas de treinamento físico multicomponente melhoram a resistência muscular, agilidade e equilíbrio dinâmico em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 2, p. 150 – 156, mês de publicação não disponível 2019.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4º, 2015, local de realização não disponível. Alterações do sistema gastrointestinal no processo de envelhecimento: revisão da literatura. Local de publicação não disponível: CIEH, 2015.

CORDEIRO, Laiani Passos et al. Alterações do sistema gastrointestinal no processo de envelhecimento: revisão da literatura In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4ª, 2015, Campina Grande, **anais CIEH**, Campina Grande: CIEH, 2015.

CORTEZ, Antônio Carlos Leal et al. Correlação Entre os Testes de Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos Participantes de um Projeto de Inclusão Social na Cidade de Teresina – Piauí. **Journal of Health Sciences**. Local de publicação não disponível, v. 20, nº 4, p. 277-282, jan. 2018.

COSTA, Andréa Fachini da et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência. **Revista da Escola e Enfermagem da USP**, V. 54, 2020.

COSTA, Deise Oliveira et al. Autocuidado de homens com priapismo e doença falciforme. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador, v. 71, nº 5, p. 2562-2569, 2018.

COUTO, DÁLETE et al. Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na teoria de Dorothea Orem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 22, n. 1, p. 55 – 58, mar–mai. 2018.

CURI, Rui; PROCÓPIO, Joaquim. **Fisiologia básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

DESANTANA, Josimari Melo et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. São Paulo, vol. 3, nº 3, p. 197-198, set. 2020.

DONATTI, Ariel et al. Relação entre a intensidade de dor lombar crônica e limitações geradas com os sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Dor**, v. 2, n. 3, p. 247 – 254, jul – set 2019.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, nº 2, 2018.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica**. 7. ed. Porto alegre: Artmed, 2011.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista científica internacional**, Ceará, v. 1, n. 7, p. 106-194, jan.-mar., 2012.

FERRARI, Maria Fernanda Muniz et al. A dor como quinto sinal vital: desafios para a incorporação na formação em saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, nº 23, p. 1-5, abr. 2019.

FORTUNATO, Juliana G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, nº 3, p. 110-117, jul/set. 2013.

GAVASSO, William César; BELTRAME, Vilma. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, nº 3, p. 399-409, 2017.

GOMES, Artur Bruno Silva et al. Dor fantasma: fisiopatologia e abordagens terapêuticas. **Brazilian Journal of Development, Curitiba**, v.7, n.7, p. 67565-67576, jul. 2021.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; TOURINHO, Francis Solange Vieira. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. São Paulo: Manole, 2012.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JANEIRO, Inês Margarida Inácio. **Fisiologia da dor**. Lisboa, 2017. 321 f. Dissertação Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

JÚNIOR, José Otávio Costa Auler et al. **Anestesiologia básica: manual de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva**. Barueri: Manole, 1 ed., 2011.

KREMER, JOSEANE JESSIKA OLIVEIRA et al. A importância do autocuidado: teoria da Orem In: Salão de Iniciação Científica Tecnológica ISSN 2358-8446 – SICTEC, edição não disponível, 2020, local de publicação não disponível, **anais SICTEC**, local de publicação não disponível: SICTEC, 2020.

LEMES, Joyce Souza et al. Associação entre auto avaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. 251 – 259, 2021.

LEMOS, Dayanna Machado Pires et al. Taxonomias de enfermagem no planejamento de alta hospitalar: estudo quase experimental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, nº 5, p. 1-7, 2020.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária: Escala de Katz. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, nº 1, p. 103-112, jan. 2008.

LORDELO, Lidiane Mendes Kruschewsky et al. Análise Fatorial por Meio da Matriz de Correlação de Pearson e Policórica no Campo das Cisternas. **Engineering and Science**, v. 7, n. 1, p. 58 – 70, abr. 2018.

LUCIA, Alba; BARROS, Bottura Leite de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 3 ed. 2016.

MACENA, Wagner Gonçalves; HERMANO, Lays Oliveira; COSTA, Tainah Cardoso. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, Bahia, v. 15, n. 27, p. 223-238, jan-jun. 2018.

MATOS, Fernanda Souza et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 23, nº 10, p. 3393-3401, 2018.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

NASCIMENTO, Marcela Simões. **Idosos, seu processo de envelhecimento e suas fragilidades**: um desafio para toda equipe. Formiga, 2011. S/N. Trabalho de conclusão de curso (especialização) Universidade Federal de Minas Gerais.

NUNES, Maria Inês; FERRETTI, Renata Eloah de Lucena; SANTOS, Mariza. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo**: relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população.** Brasília, 10 out. 2016. Disponível em: <
[PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba, 2018. 113p.](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839#:~:text=A%20constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,de%20transtornos%20mentais%20ou%20defici%C3%Aancia s.>. Acesso em: 28 mar. 2021.</p></div><div data-bbox=)

PAZ, Maressa Gonçalves da et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas idosas com dor crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. (não disponível), p. 1 – 8, mai. 2021.

PEREIRA, Livia Carvalho et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 112 – 118, 2017.

PEREIRA, Nayara Caroline. **O efeito da artemisinina no controle da dor nociceptiva, inflamatória aguda e neuropática em ratos.** Alfenas, 2018. 45 f. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Alfenas.

RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLIO, Maysa Seabra. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: geriatria e gerontologia.** Barueri: Manole, 2011.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira et al. Construção de hipermídia para apoio ao ensino da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-10, 2019.

SANTOS, Álvaro da Silva; TRALDI, Maria Cristina. **Administração de enfermagem em saúde coletiva.** Barueri: Manole, 2015.

SANTOS, GILSON GONÇALVES DOS. **Mecanismo de ação analgésica da dipirona: Envolvimento dos receptores canabinóides CB1 e CB2 no tecido periférico.** Campinas, 2018. S/N. Dissertação (doutorado) Instituto de Biologia da Universidade Estadual de Campinas.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Alteridade do corpo do velho: estranhamento e dor na Saúde Coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4275 - 4284, mês de publicação não disponível 2019.

SCHMITZ, Eudinéia Luz. **Filosofia e marco conceitual:** estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. Florianópolis, 2015. S/N. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Estado de Santa Catarina.

SILVA, Andrielly Thaís Dutra et al. **Avaliação e intervenção da enfermagem frente ao paciente com dor crônica.** Brasília, 2018. 14f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Enfermagem) Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos.

SILVA, Elisabeth Soares Pereira da et al. Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. **Brazilian Journal of Development.** Curitiba, v. 6, n.6, p.39740-39750, jun. 2020.

SILVA, Karem Poliana Santos da et al. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira. **Brazilian Journal of Development.** Curitiba, v.7, n.4, p. 34043-34060, abr. 2021.

SILVA, Keicyane Aguiar da. **Prospecção tecnológica e dor neuropática:** perspectiva terapêutica. Brasília, 2018. 40 f. Monografia (Bacharel em Farmácia) Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

SOUSA, Fabianne de Jesus Dias de; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; GAMBÁ, Mônica Antares. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Revista Cuidarte.** Local de publicação não disponível, v. 9, nº 2, p. 2135-2144, abr. 2018.

SOUTH PAUL, Jeannette E.; MATHENY, Samuel C.; LEWIS, Evelyn L. **Current medicina de família e comunidade.** 3. Porto Alegre: AMGH, 2014.

SULZBACH, Cíntia Cristina; WEILLER, Teresinha Heck; DALLEPIANE, Loiva Beatriz. Acesso à Atenção Primária à Saúde de longevos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, nº 3, p. 373-380, 2020.

VASCONCELOS, Fernando Holanda; ARAÚJO, Gessi Carvalho de. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. **Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, São Paulo: v. 1, nº 2, p. 176-179, abr-jun, 2018.

VIEIRA, Alexandre Arante Ubilla; APRILE, Maria Rita; PAULINO, Célia Aparecida Paulino. Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. **Revista Equilíbrio Corporal Saúde**, v. 6, n. 1, p. 23-31, mês de publicação não disponível 2014.

WALLACE, Meredith. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**. Tradução de DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 41, nº 2, p. 317-325, 2007.

WHALEN, Karen; FINKEL, Richard; PANAVELIL, Thomas A. **Farmacologia ilustrada**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

WILLIAMS, Brie A. et al. **Current geriatrics: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: AMGH, 2015.

ANEXOS**ANEXO I - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO HOSPITAL DE RIO DO SUL****DECLARAÇÃO****Leila Fatima Vani**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Regional Alto Vale (HRAV), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados" e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio do Sul, 23 / 05 / 21

ASSINATURA

NOME

CARGO

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO II - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO HOSPITAL DE TROMBUDO CENTRAL



DECLARAÇÃO

Ana Carla Moratelli

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Trombudo Central (HTC), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados" e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio do Sul, 25 / 05 / 2021

Ana Carla Moratelli
ASSINATURA

Ana Carla Moratelli
NOME

Enfermeira Responsável Técnica
CARGO

Ana Carla Moratelli
Enfermeira
CNPJ: 190549

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO III - TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO
GUARDIÃO DE PRONTUÁRIO INSTITUIÇÃO DE RIO DO SUL



TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO GUARDIÃO DE
PRONTUÁRIO

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o fiel guardião do “Hospital Regional Alto Vale”, de acordo com as suas atribuições legais, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento nos termos propostos do projeto intitulado: “Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados”.

Para o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, os termos da Resolução CONEP/CNS 466/12 e suas complementares serão cumpridos, em especial, sobre o acesso aos prontuários de pacientes, participantes da pesquisa.

Rio do Sul, 24 de maio de 2021.

Anaol Santos de Oliveira
Nome e assinatura do pesquisador responsável

Marcelo Vier Gambetta
Assinatura do Fiel Guardião

Dr. Marcelo Vier Gambetta
Diretor Técnico
CRM-SC N° 11065

Nome do Fiel Guardião: Marcelo Vier Gambetta
Inscrição Profissional (se houver): CRM 11065
Cargo: Diretor Técnico
Instituição: HRAV
Telefone para contato: (41) 33514001

ANEXO IV- TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO GUARDIÃO DE PRONTUÁRIO INSTITUIÇÃO DE TROMBUDO CENTRAL



TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DO GUARDIÃO DE PRONTUÁRIO

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o fiel guardião do "Hospital Trombudo Central", de acordo com as suas atribuições legais, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento nos termos propostos do projeto intitulado: "Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados".

Para o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, os termos da Resolução CONEP/CNS 466/12 e suas complementares serão cumpridos, em especial, sobre o acesso aos prontuários de pacientes, participantes da pesquisa.

Rio do Sul, 24 de maio de 2021.

Amanada Santos de Oliveira
Nome e assinatura do pesquisador responsável

Ana Carla Martelli
Enfermeira
COREN 190549

Assinatura do Fiel Guardião

Nome do Fiel Guardião: Ana Carla Martelli
Inscrição Profissional (se houver): Corim 15c 190549
Cargo: Enfermeira
Instituição: Hospital Trombudo Central
Telefone para contato: 47 8816-6543

ANEXO V – TCLE



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____ residente e domiciliado

_____,
portador da Carteira de Identidade, RG nº _____ nascido (a) em ____/____/_____,
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O objetivo geral da pesquisa é relacionar a dor e a sua influência sobre a capacidade funcional de idosos hospitalizados. Seus objetivos específicos baseiam-se em mensurar a intensidade da dor através do uso da escala numérica em idosos hospitalizados, verificar a capacidade funcional dos idosos para as Atividades Básicas

da Vida Diária (ABVD) e, comparar a pontuação atingida na mensuração da dor com a obtida na escala de Katz para avaliação da capacidade funcional.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará: a maior visibilidade a dor, que é um assunto tão presente e tão influente no quadro clínico dos pacientes.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 60 e 75 anos, estar internado na unidade nos dias delimitados para a coleta de dados no período matutino e vespertino, ser conveniado com o SUS, estar consciente no momento da coleta, ser de ambos os sexos e ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informados quanto as características da pesquisa.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio da aplicação de um instrumento composto pelos dados gerais de identificação do paciente, análise sociodemográfica, pela escala numérica para a avaliação da dor, e pela escala de Katz para avaliação da capacidade funcional. Os dados de identificação serão coletados mediante questionamento e consulta aos prontuários, a escala de dor será aplicada mediante questionamento e a escala de Katz mediante observação e questionamento, ambas as escalas são validadas, a duração aproximada da aplicação do instrumento de coleta é de 20 minutos, e se dará individualmente com cada paciente e em ambiente privativo dentro da unidade de internação das instituições a ser realizada a coleta.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento ou desconforto diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por números designados pela ordem da coleta, os mesmos irão identificar o instrumento de coleta e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. Assim como por envolver o fator dor, o período de internação e a possível redução de sua autonomia ou funcionalidade.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a: possibilidade de mensurar, em média, o nível de influência que a dor, fator tão significativo nos serviços de saúde, causa sobre o grau de dependência dos pacientes, este que é um dos fatores primordiais na organização dos serviços e das atividades da equipe de enfermagem. Os resultados deste estudo poderão contribuir para: a adoção de medidas mais eficazes no controle da dor e a melhor organização dos serviços de saúde e das atividades da equipe de enfermagem.
7. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, arcando com todos os custos, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento pela profissional de psicologia Iara Tamar Dias Regis (CRP 12-2114) que fará a avaliação, o acompanhamento e a terapêutica necessária no município de Rio do Sul de acordo com a disponibilidade da mesma, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista. Se desejar, a solicitação do encerramento da pesquisa pode ser feita a qualquer momento e seu instrumento de coleta será descartado.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Amanda Santos de Oliveira responsável pela pesquisa no telefone (79) 998059808, ou no endereço Rua Bruno Prochnow, 477 – Bairro: Centro, Agrolândia –88420-000; ou Larissa Cristina Kirsten de Gracia no telefone (47) 996993858, ou no endereço Rua Santos Dumont, 279 – Bairro: Centro, Rio do Sul – 89160145.
9. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Larissa Cristina Kirsten de Gracia, e-mail: larissakirsten@unidavi.edu.br; (47) 996993858 e Amanda Santos de Oliveira, e-mail: amanda.santosoliveira@unidavi.edu.br; (79) 998059808.
10. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.

11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, eles estarão expostos na mostra acadêmica da UNIDAVI e na apresentação para a banca de examinadores e comunidade.
14. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

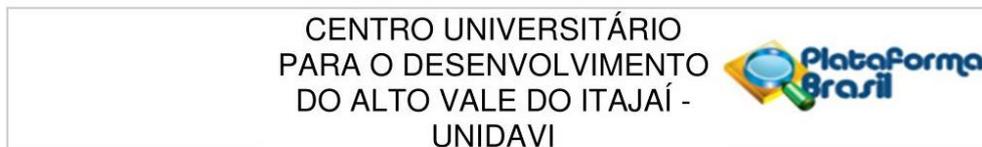
Rio do Sul, _____ de _____ de 2021.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Amanda Santos de Oliveira – Enfermeira – COREN 497786.
Endereço para contato: Rua Bruno Prochnow, 477 - Centro, Agrolândia – SC, 88420-000.
Telefone para contato: (79) 998059808; E-mail: amanda.santosoliveira@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.

ANEXO VI – Parecer Consubstanciado do CEP da UNIDAVI nº 4.822.549

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS**Pesquisador:** AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 47703121.0.0000.5676**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 4.822.549**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de modalidade quantitativa, descritiva e transversal.

O estudo irá ser realizado em duas instituições de saúde pertencentes ao Alto Vale do Itajaí no estado de Santa Catarina, sendo um, um hospital geral filantrópico localizado na cidade de Rio do Sul, em sua unidade de clínica cirúrgica, esta que possui pacientes pós cirúrgicos e que aguardam a intervenção, assim como pacientes em internação, pelo fato de a clínica médica estar direcionada ao atendimento de pacientes positivos para COVID-19. E outro, um hospital geral e de longa permanência localizado na cidade de Trombudo Central, em sua unidade de clínica médica que possui pacientes de internação e de longa permanência. Ambas as instituições pertencem a atenção terciária em saúde e atendem diversas especialidades médicas por convênios privados e Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Relacionar a dor e a sua influência sobre a capacidade funcional de idosos hospitalizados.

Objetivo Secundário:

Mensurar a intensidade da dor através do uso da escala numérica em idosos hospitalizados. Verificar a capacidade funcional dos idosos para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Comparar a pontuação atingida na mensuração da dor com a obtida na escala de Katz para

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.822.549

avaliação da capacidade funcional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos a pesquisa apresenta baixo potencial de causar dano psicológico aos pacientes, já que a mesma não fere aspectos psicológicos significativos durante a aplicação dos seus instrumentos de coleta, porém por envolver o fator dor, o período de internação e a possível redução de sua autonomia ou funcionalidade consideramos a necessidade de apoio ao paciente em todos os momentos que for necessário pela possibilidade de ocorrer desconforto ou constrangimento.

A fim de minimizar os riscos os dados serão coletados individualmente com cada paciente, em ambiente privativo dentro da unidade de internação, sendo preservados também o sigilo e anonimato dos participantes, para isso os mesmos serão identificados por números designados de acordo com a ordem da coleta, os mesmos números identificarão o instrumento de coleta.

Caso haja algum dano ao participante, mediante solicitação do paciente, a coleta de dados será interrompida imediatamente a fim de realizar a escuta atenta do mesmo, para identificação do desconforto e das razões pelas quais este está se sentindo desconfortável. A coleta será retomada somente após o paciente sentir-se melhor e dar seu consentimento para retomada. Se o paciente desejar, a coleta será interrompida por tempo indeterminado ou encerrada, sendo o instrumento de coleta deste descartado.

Se o participante sentir-se desconfortável, constrangido ou tiver qualquer outro prejuízo psicológico relacionado a sua participação na pesquisa a pesquisadora se compromete a fornecer apoio psicológico sem custo algum ao paciente, através da profissional de psicologia Iara Tamar Dias Regis (CRP 12-2114) (ANEXO 9), que fará a avaliação, o acompanhamento, e a terapêutica necessária ao mesmo, a realizar-se no município de Rio do Sul de acordo com a disponibilidade de agendamento da mesma.

Benefícios:

A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de mensurar, em média, o nível de influência que a dor, fator tão significativo nos serviços de saúde, causa sobre o grau de dependência dos pacientes, este que é um dos fatores primordiais na organização dos serviços e das atividades da equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMÉRICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.822.549

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências descritas no parecer anterior foram sanadas. Projeto sem restrições éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1764004.pdf	26/06/2021 19:25:53		Aceito
Outros	CartaL.pdf	26/06/2021 19:25:24	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEL1.docx	26/06/2021 19:24:58	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoL1.docx	26/06/2021 19:23:31	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostolarissa.pdf	01/06/2021 12:19:06	AMANDA SANTOS DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DO SUL, 02 de Julho de 2021

Assinado por:
JOSIE BUDAG MATSUDA
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13
Bairro: JARDIM AMERICA **CEP:** 89.160-932
UF: SC **Município:** RIO DO SUL
Telefone: (47)3531-6000 **E-mail:** etica@unidavi.edu.br

ANEXO VII - TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA ENCAMINHAMENTO AO APOIO PSICOLÓGICO



TERMO DE COMPROMISSO, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA ENCAMINHAMENTO AO APOIO PSICOLÓGICO

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, a psicóloga, de acordo com as suas atribuições legais, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento nos termos propostos do projeto intitulado: “Influência da dor na capacidade funcional de idosos hospitalizados”.

Para o desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, os termos da Resolução CONEP/CNS 466/12 e suas complementares serão cumpridos, em especial, sobre o encaminhamento dos indivíduos da pesquisa para apoio psicológico se necessário, considerando os riscos da aplicação do instrumento de coleta. Ciente de que a pesquisadora arca com todos os custos do tratamento.

Rio do Sul, 31 de maio de 2021.

Amanda Santa de Oliveira
Nome e assinatura do pesquisador responsável

Sara T. D. Regis
Assinatura do psicólogo psicóloga
CRP 12/21114

Nome do psicólogo: Sara Tamar Dias Regis
Inscrição profissional (se houver): CRP - 12/21114
Cargo:
Telefone para contato: (47) 984227522

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A PESQUISA “INFLUÊNCIA DA DOR NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS”

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

COLETA Nº: _____

DATA: ____/____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/_____

IDADE: ____ anos ____ meses ____ dias

CARTÃO NACIONAL DO SUS: _____

RG: ____ CPF: ____-____

SEXO: () feminino () masculino COR: () branco () negro () pardo () amarelo

OCUPAÇÃO: aposentado () desempregado (), outro: _____

RENDA: menos de um salário mínimo () até um salário mínimo () até dois salários mínimos () três salários mínimos ou mais ()

ESCOLARIDADE: nenhuma (), ensino fundamental: completo () incompleto (), ensino médio: completo () incompleto (), ensino superior: completo () incompleto ()

RELIGIÃO: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____, nº _____

_____ - _____

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Quadro 1: Índice de Katz

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos:	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos:	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido

Ir ao banheiro Pontos:	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos:	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos:	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos:	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Fonte: DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007.

Quadro 2: Interpretação do índice de Katz

Total de pontos =	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
-------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007.

AVALIAÇÃO DA DOR

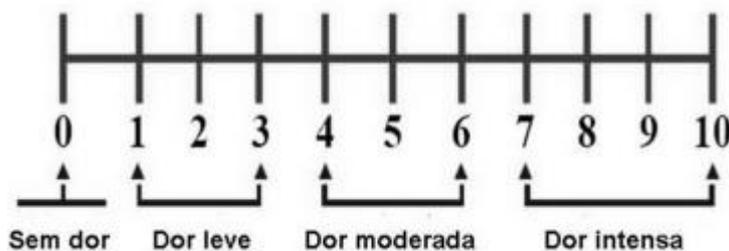
QUANDO INICIOU A DOR? _____

LOCALIZAÇÃO DA DOR: _____

RELACIONADA A: _____

INTENSIDADE DA DOR:

Figura 1- Escala de categoria numérica



Fonte: FORTUNATO et al., 2013.

QUESTIONAMENTO: de zero a dez que nota que o senhor (a) dá para a dor que está sentindo, considerando que zero refere a nada de dor e, dez a dor máxima?

RESPOSTA: nº _____

COMO VOCÊ CLASSIFICA A SUA DOR?

() Indolor () Leve () Moderada () Intensa