



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Funções mentais e perfil da dor numa população
idosa institucionalizada na região da Beira
Interior**

Mariana Soares de Jesus

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Dr. José Manuel Martins Valbom

Covilhã, junho de 2017

Dedicatória

Aos meus pais e à minha irmã, porque vocês são o meu pilar.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. José Valbom, ao Prof. Doutor João Luís Batista e à Profa. Doutora Maria Lurdes Monteiro, pela ajuda, disponibilidade e interesse desde o início do projeto.

A todos os profissionais que trabalham nas IPSS pela simpatia e amizade com que me receberam.

A todos os idosos que aceitaram conceder-me um pouco do seu tempo, pela sua disponibilidade, alegria e claro por terem tornado possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais, pelos valores que me transmitiram e por acreditarem sempre em mim. O meu muito obrigada. Sem eles, nada disto seria possível.

À minha irmã, Catarina, pelo carinho e amizade.

Ao Ricardo, por todo o apoio que me deu e pela paciência que teve comigo.

Aos meus amigos, que me apoiaram em todas as etapas, em especial à Rita e ao Fernando.

A todos muito obrigada.

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um fenómeno global da segunda metade do século XX e início do XXI. Neste contexto, as demências aumentam com a idade, a promoção de um envelhecimento saudável é importante para diminuir o impacto das demências, tanto a nível individual, como a nível social. Paralelamente, a dor crónica é um sintoma comum entre as pessoas idosas e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida.

Objetivos: Descrever o perfil das funções mentais e da dor numa população de idosos institucionalizada na região da Beira Interior Sul. Os objetivos específicos são: (1) descrever as características sociodemográficas da população; (2) descrever a prevalência de défices cognitivos e da dor; (3) propor estratégias de prevenção do défice cognitivo e do controlo da dor.

Materiais e Métodos: Idosos com 65 ou mais anos que frequentam 3 IPSS (centro de dia ou residentes do “lar”) da Beira Interior Sul, foram convidados a responder a um inquérito constituído por dados sociodemográficos e questões sobre a severidade e intensidade da dor na sua vida quotidiana. Foram ainda avaliadas as funções mentais (*Mini Mental State Examination*), incluindo a orientação e memória, seguindo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Resultados: Dos 80 idosos participantes, as idades variam entre os 66 e os 103 anos (média: 83 anos \pm 7,7), são maioritariamente mulheres (n: 60; 75%), e metade são analfabetos. Há um défice cognitivo em metade dos inquiridos (n: 42; 53%). Paralelamente, há uma grande prevalência de dor, nomeadamente nos membros e tronco. Contudo, a dor máxima sentida enquadra-se na categoria “dor leve” em $\frac{3}{4}$ dos inquiridos. A maioria dos participantes faz tratamentos/fármacos para atenuar a dor. A maioria dos idosos refere que a dor afeta as suas diferentes atividades diárias de forma leve.

Conclusões: A população estudada é composta maioritariamente por indivíduos com défice cognitivo ligeiro, o que sugere a sua deteção precoce para se evitarem poder complicações e repercussões tanto a nível individual, como social. A maioria dos idosos institucionalizados na região da Beira Interior Sul sofre frequentemente de dor leve, que não condiciona de sobremaneira o seu quotidiano.

Palavras-chave: Idoso, Institucionalização, Déficit cognitivo ligeiro, Dor, CIF, Beira Interior.

Abstract

Introduction: Aging is a global phenomenon of the second half of the 20th century and beginning of the 21st century. In this context, dementias increase exponentially with age, whereby, the promotion of a healthy aging is important to reduce the dementia impacts, both on an individual as well as on a social level. At the same time, chronic pain is a common symptom among the elderly and can have a strong impact in their quality of life.

Goals: To describe the mental function and pain profile in an elderly population institutionalized in the region “Beira Interior Sul”. The specific goals are to (1) describe the sociodemographic characteristics of the population; (2) describe the prevalence of cognitive deficits; (3) come up with prevention strategies for cognitive deficit and pain control

Materials and Methods: Elderly individuals aged 65 and over that attend 3 IPSS (day care or nursing home residents) of the “Beira Interior Sul” were included. The elderly were invited to answer a survey made up of sociodemographic data and questions about the severity and intensity of pain in their everyday life. The mental functions were also evaluated (*Mini Mental State Examination*) including orientation and memory, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health.

Results: Of the 80 elderly participating, the ages are between 66 and 103 years old (mean age: $83 \pm 7,7$), are mostly women (n: 60; 75%) and half of the respondents are illiterate. There’s a cognitive deficit in about half of the participants (n: 42; 53%). At the same time, there’s a high prevalence of pain, namely at the limbs and trunk. However, the maximum pain felt in $\frac{3}{4}$ of the respondents fits in the “mild pain” category. Most of the participants undergo treatments/medication to relieve their pain. Regarding the interference of pain on the different areas the majority of the elderly reported that the pain affected the different activities in a mild way.

Conclusions: The population studied is mostly composed of individuals with mild cognitive impairment, suggesting its early detection in order to avoid greater complications and repercussions both on an individual as well as on a social level. The majority of institutionalized elderly in the region “Beira Interior Sul” frequently suffer from pain that does not especially affect their daily life.

Key-words: Institutionalization, Mild cognitive impairment, Pain, ICF, Beira Interior.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Lista de tabelas	vii
Lista de acrónimos	viii
Introdução	1
Funções Mentais	2
Dor	3
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	3
Objetivos.....	5
Objetivo geral	5
Objetivos específicos	5
Materiais e Métodos.....	6
Instrumentos de Investigação	6
Métodos Estatísticos.....	8
Aspetos éticos	8
Resultados	9
Caracterização Sociodemográfica	9
Funções mentais globais e específicas.....	9
Perfil da dor	11
Discussão	13
Estratégias de prevenção do défice cognitivo e para o controlo da dor.....	16
Conclusão	19
Referências bibliográficas	20
Anexos.....	22
Anexo 1 - Autorização do questionário pela instituição	22
Anexo 2 - Consentimento informado do participante	24
Anexo 3- Questionário aplicado	26

Lista de tabelas

Tabela 1 - Variável do MMSE. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis analfabetos, 1 a 11 anos de escolaridade, escolaridade superior a 11 anos e amostra total.....	10
Tabela 2 - Interferência da dor nas diferentes áreas (n: 41).	12

Lista de acrónimos

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DCL - Défice cognitivo ligeiro

DGS - Direcção-Geral de Saúde

IASP - *International Association for the Study of pain*

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares De Solidariedade Social

MMSE - *Mini Mental State Examination*

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

Introdução

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, essencialmente nos países ocidentais industrializados. Em 2011, 11% da população dos países desenvolvidos tem 65 anos ou mais e em 2050 estas percentagens aumentarão para 26%. As principais causas do envelhecimento da população são, essencialmente, a redução da fecundidade e o aumento da longevidade (por sua vez devido à melhoria das condições socioeconómicas das populações e a investimentos nas áreas tecnológicas da saúde). Esta tendência justifica a necessidade de acompanhar este fenómeno, de forma a preservar a saúde e atrasar o aparecimento da doença e suas sequelas. (1,2)

Portugal acompanha a Europa, tendo um índice de 1,32 nascimentos em 2011 com um crescimento generalizado da população idosa, deixando de ser um fenómeno localizado apenas ao interior do país (índice de envelhecimento é de 128, ou seja, por cada 100 jovens existem 128 idosos), representando a população com mais de 65 anos cerca de 19% da população total. Contudo, na região da Beira Interior Sul, as pessoas com 65 ou mais anos, encontra-se acima da média nacional e representa 28,7% da população residente. (1,3)

Com o envelhecimento da população, como é espectável, surgem mais doenças crónicas e degenerativas, assim como, incapacidades funcionais e psíquicas. Num contexto de institucionalização em “lar” que caracteriza a região da Beira Interior, há necessidade de descrever o perfil desta população de modo a determinar o seu défice cognitivo e o perfil da dor, situações que diminuem a qualidade de vida desta população. Esta definição do perfil cognitivo e da dor, visa sugerir estratégias que visem o seu controlo/melhoria da situação. (1)

A institucionalização dos idosos está associada à perda do controlo da sua rotina quotidiana e falta de privacidade, assim como, sentimentos de solidão, depressão, ansiedade e isolamento social, condicionando uma diminuição significativa na sua qualidade de vida. Aliada à parte psicológica, há, adicionalmente, um aumento de patologias crónicas em que a dor é comum, nomeadamente, do foro músculo-esquelético, entre outras, que levam a incapacidades e diminuem a qualidade de vida. Paralelamente, uma das principais causas de institucionalização é o declínio da função cognitiva, que tende a piorar durante a mesma. (4,5)

Funções Mentais

A cognição é um conjunto de capacidades mentais que possibilitam ao indivíduo compreender e solucionar problemas do dia a dia. (2)

Até há pouco tempo os critérios para o diagnóstico de défice cognitivo ligeiro (DCL) incluíam (6):

1. queixas mnésicas, preferencialmente corroboradas por um informante;
2. défices mnésicos objetiváveis;
3. preservação da função cognitiva global;
4. ausência de rebate funcional; e
5. exclusão de demência.

Mais recentemente, o DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) inclui o DCL nas “perturbações cognitivas *minor*” caracterizadas por declínio cognitivo ligeiro, que não interfere com a capacidade de desempenho das atividades diárias. No DCL, o compromisso cognitivo pode afetar um ou mais domínios e, tal como acontece na perturbação cognitiva *major*, não é indispensável que a memória esteja afetada. No entanto, não existem ainda critérios internacionais para o diagnóstico de DCL e a sua posição na nosologia psiquiátrica é ainda muito controversa. (7)

O DCL pode ser do tipo amnésico ou não amnésico. Sendo que o DCL do tipo amnésico define-se pela afeção da memória, enquanto o DCL do tipo não amnésico implica limitações noutros domínios cognitivos (linguagem, capacidade visual-espacial ou funções executivas), com preservação da memória. (7)

Como o DCL está associado a um aumento do risco de demência, é importante o reconhecimento desta entidade clínica, podendo assim intervir precocemente com terapias que visem a promoção da cognição ou, que pelo menos, retardem a sua progressão, através da estimulação cognitiva e alterações do estilo de vida. (8)

O DCL é uma condição de saúde que está entre o envelhecimento normal e a demência, particularmente a doença de Alzheimer (6) e segundo *Naqvi et al.* (8) a sua taxa de conversão anual para demência é de cerca de 10%.

O DSM-5 inclui a demência nas “perturbações neurológicas *major*”, caracterizadas pela evidência de um declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos, que incluem atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivo-motora e cognição social.

Com o envelhecimento progressivo das populações, os défices cognitivos e as demências tornaram-se uma prioridade dos sistemas de saúde, por serem uma das principais áreas de intervenção dos nossos tempos.

Dor

A dor é definida, segundo *International Association for the Study of pain (IASP)*, como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”. (9)

A dor pode ser classificada de aguda ou crónica.

A dor aguda está associada a distúrbios agudos e, até certo ponto, tem um efeito benéfico para o organismo, pois tem a função de alerta que avisa a ocorrência de lesão para o organismo. Embora tenha esse efeito benéfico, deve ser combatida de forma a não se tornar crónica. A dor aguda resulta de dano tecidual e, normalmente, termina quando há restauração da função que o dano provocou.

A dor crónica é um acontecimento complexo que pode ser persistente ou recorrente, que existe há pelo menos 3 meses e que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente, não tem qualquer função fisiológica ou vantagem para o doente. Tende a ser multifatorial e está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, menor mobilidade, diminuindo a qualidade de vida e pode inclusivamente influenciar o curso das doenças. Está também associado a um maior consumo de serviços, aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo assim um grave problema de saúde pública. (9-11)

A elevada prevalência de dor crónica na população idosa, afetando cerca de 83% dos idosos institucionalizados em lares (9), influencia negativamente a sua qualidade de vida e dado a sua natureza multifatorial, a sua abordagem deve ser multidisciplinar. (11)

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF é usada como instrumento para avaliar e classificar as funções mentais e o perfil da dor nos idosos institucionalizados.

A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo o objetivo principal fornecer uma linguagem unificada e padronizada, que sirva de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados.

(1,12) A CIF organiza a informação em duas partes, 1 - Funcionalidade e Incapacidade, e 2- Fatores contextuais, cada parte tem dois componentes: A parte 1 inclui os componentes funções e estruturas do corpo, e atividades e participação; a parte 2 inclui os fatores ambientais e os fatores pessoais, os fatores pessoais na estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada. (13)

Os aspetos positivos são a integridade funcional que permitem manter as normais atividades de participação resultando em Funcionalidade, enquanto que os aspetos negativos são a deficiência, como problemas nas funções no corpo, por exemplo uma função que não esteja a ser executada corretamente e leva a limitação da atividade e ou restrição da participação, o que resulta em Incapacidade. (13)

A CIF pode ser aplicada em vários aspetos da saúde, é uma boa ferramenta para o estudo do estado de saúde de um indivíduo e da população. Considera-se que a identificação do estado funcional de uma população facilita a definição de políticas, ao nível da adequação das necessidades de cuidados e diminuição do desperdício de recursos ao nível dos cuidados de saúde. No entanto, muitos dos indicadores usados não são, por vezes, os mais adequados para a medição do estado de saúde, pois não apresentam sensibilidade para as alterações constantes nos padrões da saúde e da doença, bem como dos padrões demográficos. (12)

As definições da CIF contêm pontos de referência que podem ser usados em questionários para avaliar a Incapacidade/Funcionalidade, dos quais os resultados podem depois ser codificados em termos de CIF. Por exemplo, a dor é definida em termos de localização e estruturas que são afetadas e pode ser codificada quanto à sua intensidade como leve, moderada, grave ou completa/total, pode também ser aplicada a codificação de não aplicável ou não especificada. (13)

Sendo uma importante ferramenta de uniformização, a CIF permite a comunicação entre profissionais de saúde numa única linguagem, possibilitando a identificação do impacto das doenças na vida dos indivíduos e dos grupos populacionais. (12)

Segundo o estudo português de Ana Escoval et al., que avaliou domínios e categorias da CIF na população com mais de 65 anos, foram identificadas 252 categorias que caracterizam a funcionalidade desta população, sendo Funções Mentais Globais e Específicas (mais especificamente as Funções da orientação e da memória, respetivamente) e a Dor das categorias mais citadas no componente Funções do Corpo. (12)

Objetivos

Objetivo geral

Descrever as funções mentais e o perfil da dor numa população da Beira Interior institucionalizada, com idade igual e superior a 65 anos, utilizando a ferramenta CIF.

Objetivos específicos

- A. Descrever as características sociodemográficas da população;
- B. Descrever a prevalência dos défices cognitivos e o perfil da dor;
- C. Propor estratégias de prevenção do défice cognitivo e do controlo da dor na mesma comunidade.

Materiais e Métodos

Este estudo observacional, descritivo (transversal) e de conveniência, foi realizado em três Instituições Particulares De Solidariedade Social (IPSS) da região da Beira Interior Sul (concelho da Covilhã), designados por “Lares de Idosos”, no período compreendido entre os meses de Dezembro de 2016 e Fevereiro de 2017.

A amostra foi constituída por todos os utentes com 65 anos ou mais anos de idade e capazes de comunicar, que aceitaram participar voluntariamente e assinaram o consentimento informado escrito. Foram excluídos os idosos com afasia, défice auditivo, défice visual ou défice cognitivo de severidade suficiente para impossibilitar a realização dos testes cognitivos.

Instrumentos de Investigação

A cada participante foram aplicados 3 questionários (Anexo 3):

- Sociodemográfico: obtenção de dados demográficos (tipo de apoio, género, idade, estado civil e grau de escolaridade).
- Mini Mental State Examination (MMSE): para obter a prevalência de défices cognitivos.
- Questionário Resumido da Dor (formulário abreviado): para obter o perfil da dor.

Os questionários MMSE e Questionário Resumido da Dor (formulário abreviado) estão validados em Português (14,15).

O MMSE foi desenvolvido na década de 70 e atualmente é o teste mais difundido e estudado em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Foi adaptado e validado para a população portuguesa na década de 90 por Guerreiro e colaboradores (14) e é utilizado a todos os níveis dos cuidados de saúde, quer como instrumento de rastreio do défice cognitivo ligeiro e demência, quer na avaliação longitudinal e da resposta ao tratamento. O MMSE é um teste de aplicação fácil e rápida (5 a 10 minutos), mas o tempo não é cronometrado.

No nosso estudo foi utilizada a versão adaptada à população portuguesa e as regras de pontuação propostas por Guerreiro e colaboradores que definem os valores de corte diferenciados de acordo com a escolaridade (15 pontos em analfabetos; 22 pontos para 1 a 11 anos de escolaridade; 27 pontos para escolaridade superior a 11 anos). O teste é constituído por 30 questões (pontuação=0 quando o individuo não responde ou dá uma

resposta errada e pontuação=1 quando responde corretamente) organizadas em 6 domínios cognitivos (orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e comandos complexos). O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos (14).

O Questionário Resumido da Dor (formulário abreviado) é um instrumento recomendado por grupos de consenso na área da medição e avaliação da dor e validado em mais de dez línguas (incluindo a portuguesa), reproduzível e sensível na detecção, acompanhamento e caracterização da dor. Este questionário apresenta boas propriedades psicométricas e tem vindo a ser cada vez mais utilizado no contexto clínico e de investigação, por ser de fácil aplicação, rápido, simples e permitir a medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional, pois ao longo de 15 itens avalia a existência, intensidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia no tratamento da dor. Contém um item dicotómico para a verificação da existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação da área de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por 4 itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numérica de classificação (0 a 10), apresenta um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, por fim, uma escala de interferência funcional constituída por 7 itens com escalas numéricas de classificação (0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, capacidade de andar a pé, trabalho, relações com as pessoas, sono e prazer de viver (15).

No Questionário resumido da Dor, as perguntas que avaliam a severidade da dor em máxima, mínima, média e neste momento e as perguntas que avaliam a interferência da dor nos diferentes aspetos diários, que seriam avaliadas numa Escala Numérica de 0 a 10 foram convertidas para a equivalente Escala Qualitativa que faz a avaliação por meio de 5 pontos em nenhuma, leve, moderada, forte e completa. Sendo que a equivalência entre as escalas é a seguinte : 0- nenhuma; 1,2,3,4 - leve; 5,6 - moderada; 7,8,9 - forte e 10 - completa. Tanto a Escala Numérica como a Escala Qualitativa estão aprovadas pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) na Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 que define as boas práticas para o registo da intensidade da dor. (16,17)

A percentagem de alívio associada ao tratamento realizado foi agrupada nas seguintes classes para facilitar a sua classificação: 0% - Nenhum alívio; [10%-30%] - Alívio reduzido; [40%-60%] - Alívio moderado; [70%-90%] - Alívio elevado; 100% - Alívio completo.

Métodos Estatísticos

Para a análise estatística recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 23 e ao Microsoft Office Excel 2016. Utilizando-se, na análise descritiva, frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão e valores mínimos e máximos.

Aspetos éticos

Este estudo foi uma continuidade dos estudos sobre a problemática da dor e das Funções Mentais em idosos institucionalizados anteriormente realizados e aprovados pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior. Tratou-se de uma replicação da mesma metodologia e instrumentos de recolha de dados, desta feita em outras IPSS da Beira Interior Sul.

Os responsáveis de cada uma das 3 instituições foram devidamente informados sobre o tema e os objetivos da investigação e assim bem como todos os utentes presentes na instituição no momento de realização dos inquéritos. Foi individualmente explicado o conteúdo do projeto a cada utente, reforçando que se trata de uma participação completamente voluntária, aqueles que concordaram em participar no estudo assinaram um consentimento escrito (Anexos I e II).

A confidencialidade dos dados de carácter pessoal dos utentes e da própria instituição, foi salvaguardada tendo sido atribuído um código numérico com o qual foi preenchida a base de dados. A base de dados não permite a identificação de qualquer indivíduo ou Instituição diretamente.

Resultados

Do total de 91 utentes das 3 IPSS incluídas no estudo, participaram 80 indivíduos (89,00%) que respeitaram os critérios de inclusão

Dos 11 idosos que não cumpriram os critérios de inclusão, 1 (9,00%) não aceitou responder ao inquérito e 10 (91,00%) apresentaram limitações na compreensão das questões e impossibilidade de verbalizar respostas.

Caracterização Sociodemográfica

A amostra compreendeu 80 idosos, entre os quais, (n: 53; 66,25%) residem em lar de idosos e 33,75% (n: 27) frequentam centro de dia.

A população, maioritariamente do sexo feminino (n: 60; 75,00%), com uma média de idades de 83 anos ($\pm 7,7$), e variando entre os 66 e os 101 anos, foi classificada como idoso:

- ✓ “jovem” (65-74 anos): 12,50% (n: 10),
- ✓ “adulto” (75-89 anos): 67,50% (n: 54), e
- ✓ “grande” (≥ 90 anos): 20,00% (n: 16).

Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos (62,50%) são viúvos (n: 50), sendo os restantes solteiros (n: 17; 21,25%), casados (n: 9; 11,25%) ou 5% divorciados (n: 4; 5%).

A maioria dos idosos têm um nível de escolaridade baixo (n: 75) (50,00% (n: 40) são analfabetos e 43,75% (n: 35) frequentaram o 1º ciclo de escolaridade), 5,00% (n: 4) tem o 2º ciclo de escolaridade e 1,25% (n: 1) da amostra concluiu o Ensino Superior.

Funções mentais globais e específicas

Assim, ao nível do MMSE, na amostra total (n: 80) verifica-se uma pontuação média global de 18,01 pontos com um desvio padrão de 7,796 pontos, sendo 0 a pontuação mais baixa e 30 a pontuação mais elevada, correspondendo também à pontuação máxima possível de atingir no MMSE. Da população em estudo (n: 80), cerca de 52,50% (n: 42) apresentam défice cognitivo, sendo que 28,75% (n: 23) são analfabetos e 23,75% (n: 19) têm entre 1 a 11 anos de escolaridade.

Quando se descreve a escolaridade e se relaciona com o défice cognitivo, podemos concluir que (Tabela 1):

1. Da população analfabeta (n: 40; 50,00%), cerca de 57,50% (n: 23) apresenta uma pontuação menor ou igual a 15 pontos no MMSE. Este facto é concordante com o DCL. Os restantes 42,50% (n: 17) não apresentam défice cognitivo.
2. Da população com 1 a 11 anos de escolaridade (n: 39; 48,75%), cerca de 48,72% (n: 19) apresenta uma pontuação igual ou inferior a 22 no MMSE, ou seja, apresenta DCL. Os restantes 51,28% (n: 20) não apresenta DCL.
3. O ponto de corte para escolaridade superior a 11 anos é de 27 pontos, mas o utente com esta escolaridade teve uma pontuação de 30 no MMSE e portanto não tem défice cognitivo.

Tabela 1 - Variável do MMSE. Distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis analfabetos, 1 a 11 anos de escolaridade, escolaridade superior a 11 anos e amostra total.

Variável em análise	Categorias da variável	(n)	(%)
Analfabetos	Com défice cognitivo	23	57,5
	Sem défice cognitivo	17	42,5
	Total	40	100,0
1 a 11 anos de escolaridade	Com défice cognitivo	19	48,7
	Sem défice cognitivo	20	51,3
	Total	39	100,0
Escolaridade superior a 11 anos	Com défice cognitivo	0	0,0
	Sem défice cognitivo	1	100,0
	Total	1	100,0
Amostra total	Com défice cognitivo	42	52,5
	Sem défice cognitivo	38	47,5
	Total	80	100,0

Perfil da dor

Dos 80 idosos inqueridos, 41 (51,25%) sentem dor frequentemente, sendo esta dor localizada. As áreas referidas com mais dor são os membros inferiores (n: 22; 53,66%), o tronco (n: 9; 21,95%), os membros superiores (n: 7; 17,07%) e a cabeça (n: 3; 7,32%).

No que concerne à duração da dor, a maioria dos inquiridos responde que a sua dor teve início num período de tempo superior a 6 meses (n: 32; 78,05%). Os restantes (início da dor ocorreu há menos de 6 meses) é de (n: 9; 21,95%).

O máximo de dor sentida é de 65,85% (n: 27) e enquadra-se na categoria “dor leve”. Sendo que, 31,71% (n: 13) dos inquiridos referiu que a sua dor numa intensidade máxima se enquadra na categoria “dor moderada” e a dos restantes 2,44% (n: 1) enquadra-se na categoria de “dor forte”.

Quando a intensidade de dor era mínima, 56,10% (n: 23) dos participantes classificou a sua dor como “dor leve” e 43,90% (n: 18) como “nenhuma dor”.

Quando a intensidade de dor era média, 97,56% (n: 40) dos participantes classificou a sua dor como “dor leve” e 2,44% (n: 1) como “nenhuma dor”.

No momento da realização do inquérito, 58,54% (n: 24) referiram sentir uma dor leve, 39,02% (n: 16) referiram não sentir nenhuma dor e 2,44% (n: 1) apresentavam uma dor moderada.

Dos participantes, 63,41% (n: 26) mencionou ter feito tratamentos/medicamentos para atenuar a sua dor, tais como: pomadas, comprimidos, injeções, gelo, intervenções, cirurgias ou fisioterapia. Desses, apenas 3,85% (n: 1) obtiveram alívio completo quando utilizaram algum meio para o controlo da dor, 3,85% (n: 1) não conseguiram qualquer alívio da dor mesmo após a utilização de medicamentos/tratamentos e a maioria dos participantes obteve um alívio leve a moderado (n: 14).

A descrição da interferência da dor nas diferentes áreas apresenta-se na tabela 2 e pode-se observar que a maioria dos idosos refere que a dor afetou as diferentes atividades de forma leve. A área com nível de interferência de dor mais fortemente afetada é a capacidade de andar a pé com uma frequência relativa de 7,3%. Ao nível da interferência moderada verifica-se o trabalho normal com 31,71%. Contudo, verifica-se que a atividade em geral é a área com maior interferência (n=36 (29+5+2)).

Tabela 2 - Interferência da dor nas diferentes áreas (n: 41).

Interferência da dor	Nenhuma % (n)	Leve % (n)	Moderada % (n)	Forte % (n)	Completa % (n)
Atividade geral	12,20 (5)	70,73 (29)	12,20 (5)	4,88 (2)	-
Disposição	24,39 (10)	68,29 (28)	4,88 (2)	2,44 (1)	-
Capacidade para andar a pé	21,95 (9)	56,10 (23)	14,63 (6)	7,32 (3)	-
Trabalho normal	21,95 (9)	41,46 (17)	31,71 (13)	4,88 (2)	-
Relações com outras pessoas	48,78 (20)	48,78 (20)	2,44 (1)	-	-
Sono	31,71 (13)	60,98 (25)	7,32 (3)	-	-
Prazer de viver	36,59 (15)	58,54 (24)	2,44 (1)	2,44 (1)	-

Discussão

A população idosa em estudo apresenta dados que vão de encontro aos que são referidos por outros autores, exceto no que se refere à escolaridade. A população é constituída por indivíduos com uma média de idades próxima dos 85 anos, com uma predominância de utentes do sexo feminino e viúvos. Estes dados são consistentes com a tendência observada a nível mundial, e é justificado pelo facto das mulheres terem maior esperança média de vida do que os homens (15-19). A maioria (n: 40; 50,00%) da população em estudo é analfabeta, não sendo este dado consistente com os observados em estudos do mesmo género, onde se verifica uma predominância de indivíduos com o 1º ciclo. (20, 22). Estes dados são superiores ao observado a nível nacional, pois a percentagem da população portuguesa com 65 anos ou mais sem nível de escolaridade era de 25,7% em 2016. (23)

O nosso estudo apresenta na sua maioria DCL (n: 42) e destes, n: 23 (28,75%) são analfabetos, sendo que 23,75% (n: 19) têm entre 1 a 11 anos de escolaridade. Estes valores são inferiores aos observados na Irlanda, Noruega e Brasil, em que a prevalência de défice cognitivo em idosos institucionalizados varia entre os 77-89%. (20-21, 24). Não foram encontrados estudos realizados em idosos institucionalizados em Portugal.

A hipótese de que mais estímulo intelectual propicia uma cérebro mais flexível é apoiada por *Evans* (24) que refere as pessoas com menor grau de instrução têm um maior declínio da função cognitiva. Os nossos idosos são na sua maioria analfabetos ou frequentaram o 1º ciclo de escolaridade, o que pode explicar a alta percentagem de défice cognitivo encontrada (n: 42; 52,50%).

Em Portugal, são poucos os dados epidemiológicos comunitários em idosos. O único trabalho por nós encontrado sobre a prevalência de demências na população portuguesa, foi realizado no Norte do país, e encontrou défices cognitivos sem demência em 12,3% da população (25). Este valor é muito inferior ao observado no nosso estudo, o que vai de encontro ao esperado.

Alguns autores relacionam as diferenças encontradas entre a prevalência de demências pelo baixo nível de escolaridade, a idade avançada, o género, a falta de atividade física e o isolamento social. (4) Contudo, a maior prevalência de défice cognitivo na população institucionalizada também pode se explicada pelo facto do declínio cognitivo ser uma das causas de institucionalização e também pelo facto da institucionalização acelerar e/ou acentuar a velocidade das perdas funcionais, forçando assim ao declínio das funções cognitivas. (5)

A mudança de ambiente provocada pela institucionalização é uma das situações que desencadeiam a depressão no idoso, sendo apontada frequentemente como fator de risco

para o surgir do défice cognitivo e da demência. Esse isolamento social leva à perda da identidade, de liberdade, de autoestima e ao estado de solidão, o que será certamente, um fator adicional para o surgir do défice cognitivo. (4)

Na população em estudo observou-se que a maioria (51,25%, n: 41) apresenta algum tipo de dor. O mesmo foi reportado na Austrália, Estados Unidos da América, Singapura e Espanha onde a prevalência de dor em idosos institucionalizados varia de 44 a 80%. (19, 26). Em Portugal, a dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum nos idosos, afetando cerca de 83% dos idosos institucionalizados em lares (9), que é um valor muito superior ao encontrado noutros países.

No Brasil, em 2010 (11), a prevalência de dor na população idosa em geral foi de 29,3%. Estas prevalências são significativamente mais baixas quando comparadas com as prevalências de dor na população idosa institucionalizada, (19, 26), o que vai de encontro ao que é esperado. No entanto, em Portugal e segundo a DGS, a dor afeta cerca de 50% dos idosos na comunidade, o que é equivalente ao encontrado por nós e não era o esperado. Justificamos a discrepância por estarmos perante uma população com particularidades culturais em que se encontra mais contida em expressar a dor.

As áreas de localização da dor mais indicadas pelos inqueridos são os membros inferiores, seguidas pelo tronco, e pelos membros superiores. Estes dados corroboram outros estudos (19, 27). Este predomínio de dor nos membros inferiores pode estar relacionado à degeneração cartilaginosa decorrente do envelhecimento biológico ou da ocorrência de patologias crónico-degenerativas, como artrites ou artroses. A dor no tronco pode estar relacionada com alterações nas partes ósseas, nomeadamente da coluna vertebral.

Uma grande maioria dos idosos teve dor com início num período de tempo superior a 6 meses, o que indica a presença de uma dor crónica, o que vai de encontro ao observado no estudo de *Pereira et al.* (17)

A intensidade da dor foi quantificada por intermédio da Escala Qualitativa, dado que no decorrer dos inquéritos foram sentidas dificuldades na aplicação da Escala Quantitativa. Segundo um estudo feito em idosos institucionalizados no Brasil (17) onde foi realizada uma correlação entre as duas escalas, sendo que a correlação entre elas é positiva e a Escala Qualitativa foi a preferida pelos idosos, talvez por nesta classificação serem utilizadas palavras que fazem parte do quotidiano. A limitação está no facto das palavras usadas na categoria não terem o mesmo significado para todas as pessoas. (17) É de realçar que foi possível verificar no contacto com os participantes, que pode haver formas diferentes de expressar a dor (dos mais contidos aos mais expressivos), daí a subjetividade associada à dor.

A intensidade da dor é definida por quatro itens, dor máxima, dor mínima, dor média e dor no momento. (15) A maioria dos idosos classificou a sua dor como uma dor leve em todos os momentos, nos momentos de maior intensidade (dor no máximo), de menor intensidade

(dor no mínimo), de média intensidade (dor média) e durante a realização do inquérito (dor no momento). Quando se tentou comparar com outros estudos, observou-se que apenas é referida a dor de uma forma geral, não sendo dividida em dor máxima, mínima, média e no momento. (17,19,20) No entanto, neste estudo a intensidade da dor sentida foi na sua maioria leve, sendo que estes resultados são não concordantes com outros estudos em que a dor sentida foi maioritariamente moderada a forte. (17,19,20)

A interferência da dor nas diversas atividades diárias também foi na maior parte das vezes leve o que vai de encontro à intensidade da dor sentida.

Dos participantes, 63,41% (n: 26) mencionou ter feito tratamentos/medicamentos para atenuar a sua dor, tais como: pomadas, comprimidos, injeções, gelo, intervenções, cirurgias ou fisioterapia, no entanto ainda há uma grande quantidade de idosos que não faz qualquer tipo de tratamento. Dos que fizeram algum tratamento a maioria obteve um alívio ligeiro a moderado da dor. Este alívio inadequado da dor traduz uma subavaliação e subvalorização da dor e consequentemente um subtratamento da mesma. (27)

As IPSS que participaram neste estudo já foram informadas dos resultados obtido, para que possam tomar medidas de prevenção e controlo das funções mentais e da dor.

Estratégias de prevenção do défice cognitivo e para o controlo da dor

Segundo a revisão de Naqvi *et al.* (8), o DCL tem uma taxa anual de conversão em demência de cerca de 10%. O MMSE tem uma especificidade demonstrada para DCL, por isso os idosos com classificação de défice cognitivo poderão ser propostos com bastante segurança como portadores de défice cognitivo/demência e referenciados para consultas específicas de memória com vista a um diagnóstico nosológico e tratamento mais específicos. (14) Daí a necessidade da formação de cuidadores e prestadores de cuidados das IPSS para esta realidade, de forma a que façam rastreios avaliando a função cognitiva dos utentes, podendo assim intervir atempadamente para retardar a progressão do declínio cognitivo e encaminhando os utentes para consultas de especialidade. (8)

As formas de intervenção que devem ser utilizadas para a prevenção/retardo do DCL nas IPSS devem ser realizadas por uma equipa multidisciplinar e passam por atividades que mudem o ambiente rotineiro que se vivem nos lares, com atividades como o artesanato (pintura, croché, tricô e bordados), trabalhos no solo (horta e jardim), trabalhos manuais, musicoterapia, atividades espirituais e de lazer, passeios, bem como a prática de exercício físico, sempre respeitando as limitações e maximizando os potenciais de cada idoso.

Os treinos cognitivos são de extrema importância e está comprovado que retardam o aparecimento de demências, por isso é imperativo a implementação destes treinos nas IPSS, que podem ser realizados através da construção de puzzles, terapia da aprendizagem e jogos computadorizados, sendo estes últimos de difícil implementação graças à baixa escolaridade da população em estudo. (7-8)

Está comprovado que a implementação de uma dieta saudável, que deve incluir o consumo diário de fruta e legumes e de peixe pelo menos uma vez por semana, está associada a uma menor deterioração cognitiva. (8)

Estas intervenções que devem ser realizadas nas IPSS, que incentivam os idosos a manter um estilo de vida saudável e ativo, participando em atividades de lazer e ocupacionais, que estimulem a função cognitiva e motora, ajudam a preservar a funcionalidade e a qualidade de vida.

Em relação ao tratamento farmacológico, é controversa a utilização de fármacos no tratamento do DCL. (7)

O tratamento da dor tem como objetivos tratar especificamente as causas, reduzir a intensidade, melhorar a capacidade funcional, o sono, o humor e a socialização do idoso. (27)

Dada a problemática da dor, a sua subavaliação e subvalorização e conseqüentemente um subtratamento da mesma. É de extrema importância estabelecer um controlo adequado da dor de forma a reduzir a morbilidade e melhorar a qualidade de vida. Para isso, há necessidade de avaliação, monitorização da dor e registo da sua intensidade, que deve ser feita de forma contínua e regular desde o início da institucionalização, à semelhança do que acontece com outros sinais vitais. Esta monitorização deve ser feita através da Escala Qualitativa, que é a que apresenta uma maior aceitação pela parte dos idosos, por ser de mais fácil compreensão. Para que esta avaliação seja feita é necessária formação para todos os cuidadores e prestadores de cuidados, de forma a que estes estejam conscientes das necessidades daqueles que cuidam. (9, 16-17, 27)

Para que o tratamento da dor seja eficaz, é também necessário consciencializar os idosos para esta problemática, dado que muitos deles pensam que a dor faz parte do processo normal do envelhecimento e não reportam a sua dor aos cuidadores.

A dor é uma experiência subjetiva e não existem testes objetivos para a medir, por isso a DGS estabeleceu um conjunto de orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, que são essenciais para o controlo da dor dos idosos institucionalizados, sendo elas: (9)

- inquirir o idoso quanto à presença de dor através de questões diretas;
- avaliar a dor por rotina desde o início da institucionalização, tendo em conta que alguns podem não a manifestar;
- ter em atenção que nas pessoas idosas outros termos como mal-estar, sofrimento, magoado, moimha, queimação, etc. podem significar a presença de dor;
- caracterizar a intensidade de dor por intermédio da Escala Qualitativa como primeira alternativa;
- na presença de comprometimento cognitivo e dificuldades de comunicação utilizar escalas comportamentais em combinação com o historial médico;
- complementar a avaliação da dor com outras dimensões, psicológica, social e cultural;
- solicitar a colaboração de familiares e cuidadores na interpretação das alterações de comportamento que possam indicar dor.

Nas IPSS devem ser implementadas estratégias para melhor controlo da dor, bem como o estabelecimento de medidas que visem a prevenção da dor. Devem ser aplicadas estratégias não farmacológicas para o seu controlo. (9, 27)

Nesse aspeto, percebe-se a necessidade do encorajamento da prática de exercício, que deve ser adaptado às necessidades e preferências de cada idoso, e realizado, no mínimo, durante oito a doze semanas. Os exercícios regulares de resistência e fortalecimento muscular, de intensidade moderada, podem melhorar a capacidade funcional e diminuir a

dor por patologia músculo - esquelética e os exercícios de estiramento ou de aumento de amplitude podem melhorar a dor provocada por espasmos musculares. (9)

Também foi demonstrado que técnicas de distração como música, leitura e trabalhos manuais, caminhadas pelo jardim e momentos de convívio tem benefício no controlo de dor crónica nos idosos. (9) As técnicas de distração que são feitas num ambiente de interação, cooperação e familiarização entre os idosos residentes, pessoal das IPSS e outros idosos, contribui para uma melhor adaptação à instituição, havendo assim maior atividade física, maior socialização, independência e uma maior qualidade de vida, evitando-se assim quadros de depressão e solidão.

As massagens feitas por profissionais e aplicação local de calor ou frio são efetivas para os espasmos musculares. Devem também ser aplicadas estratégias cognitivas individuais ou em grupo, tendo como objetivo alterar as atitudes e crenças do idoso e promover a modificação da experiência da dor e sofrimento.(9)

Quando a estratégias não farmacológicas não são suficientes para controlar a dor, estratégias farmacológicas devem ser associadas de forma a controlar a dor com menores doses de fármacos, o que reduzirá os seus efeitos secundários. (27)

Conclusão

A investigação foi projetada para estudar as funções mentais e da dor numa população com idade igual e superior a 65 anos institucionalizada em 3 IPSS na região da Beira Interior Sul utilizando a ferramenta CIF. Com a institucionalização surge o isolamento social, a diminuição das atividades diárias e do exercício físico que pode conduzir a depressão, quadros de ansiedade e declínio cognitivo. Este quadro tem como consequência a diminuição da qualidade de vida e o aumento da incapacidade, aumentando também as queixas algícas. (9,27)

Este estudo revela que o DCL é frequentemente encontrado nos utentes das IPSS, por isso torna-se imperativo a deteção precoce das alterações cognitivas, de forma a poder intervir mais atempadamente, evitando complicações e repercussões típicas destas doenças progressivas e degenerativas, para as quais não existe nenhum tratamento efetivo.

Estamos perante uma realidade de falta de sensibilidade para a dor, sendo esta um sintoma frequente na maioria dos idosos institucionalizados nestas IPSS. No entanto, a dor encontra-se muitas vezes subdiagnosticada e subvalorizada, sobretudo por motivos culturais, pois os idosos escondem e negam a dor, que conseqüentemente, é subestimada e negligenciada pelos profissionais de saúde. (9,19) Apesar desta dor ser na maior parte das vezes de intensidade leve, afeta a maioria das atividades diárias dos idosos, diminuindo a sua qualidade de vida e aumentando as suas incapacidades. Nem todos os idosos que sentem dor a tratam, e os que o fazem, na sua maioria, apresentam um alívio da dor ligeiro a moderado.

É importante realizar estudos semelhantes noutras regiões do país, de forma a ter uma visão nacional do problema. A vigilância epidemiológica neste contexto permitiria implementar estratégias de promoção da saúde e, neste caso, programas de apoio para um envelhecimento ativo e saudável.

Associado ao envelhecimento, a dor e a demência são reflexo de patologias que pela sua elevada prevalência, impacto negativo e potencial de incapacidades nesta faixa etária, devem ser valorizadas e precocemente identificadas e tratadas. Por isso, é imperativo que haja maior consciencialização para esta problemática, não só por parte dos profissionais que lidam diariamente com a população idosa, mas da população em geral.

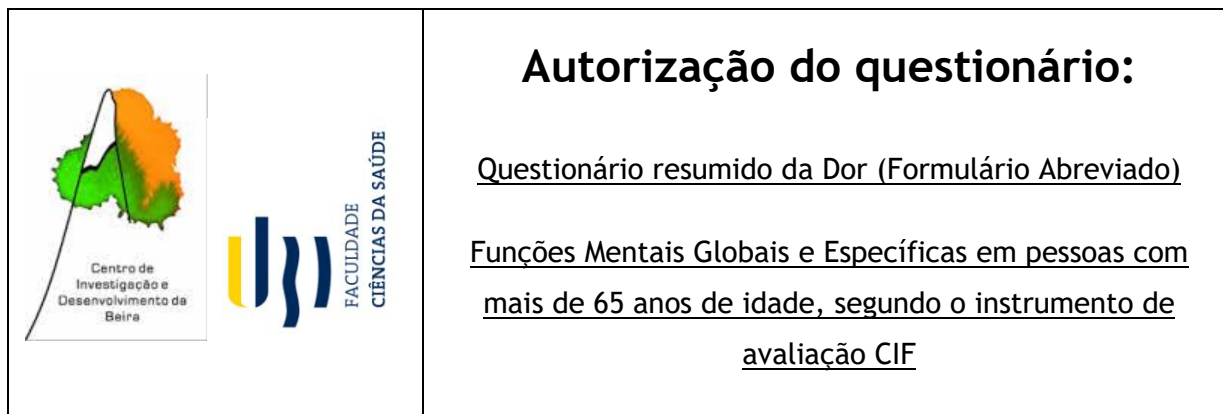
Referências bibliográficas

1. Fontes A. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Um Modelo Multidimensional e multideterminado da Funcionalidade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve. Universidade Nova de Lisboa; 2014.
2. Moraes EN De. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. 2012;
3. Estatística IN de. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. 2012.
4. Bertoldi JT, Batista AC, Ruzanowsky S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. *Cinergis*. 2015;16(2):152-6.
5. Medeiros P. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre o envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*. 2012;11:3.
6. Petersen RC, Negash S. Cognitive Impairment : An Overview. *CNS Spectr*. 2016;
7. Firminio H, Simões MR, Cerejeira J. Saúde Mental das pessoas mais velhas. 1ª. Lidel, editor. Lisboa; 2016. 305-306 p.
8. Rózyk-Myrta A, Brodziak A, Wolińska A, Kotat E. Guidelines for Prevention and Treatment of Cognitive Impairment in the Elderly. *Med Sci Monit*. 2015;21:585-97.
9. Direcção Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Direcção-Geral de Saúde Lisboa; 2010 p. 1-17.
10. Batalha L. Avaliação da dor Manual de estudo - Versão 1. 2016;
11. Santos F, Souza J, Antes D, D'Orsi E. Prevalência de dor crónica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis , Santa Catarina : estudo de base populacional. 2015;
12. Pereira C, Fonseca C, Escoval A, Lopes M. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos , segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;29(1):53-63.
13. OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Classificação Int funcionalidade, incapacidade e saude*. 2004;238.
14. Santana I, Duro D, Lemos R, Costa V, Pereira M, Simões MR. Mini-Mental State Examination : Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo Mini-Mental State Examination : Screening and Diagnosis of Cognitive Decline , Using New Normative Data. 2016;240-8.

15. Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, et al. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Revista Dor*. 2007;15.
16. Saúde D-G da. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 09/DGCG Lisboa; p. 1-6.
17. Pereira LV, Pereira GA, de Moura LA, Fernandes RR. Intensidade da dor em idosos institucionalizados: comparação entre as escalas numérica e de descritores verbais. *Rev da Esc Enferm*. 2015;49(5):804-10.
18. Nations U. *World Population Ageing*. 2015;
19. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev la Soc española del dolor*. 2009;16(6):344-51.
20. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(1):35-44.
21. Cahill S, Diaz-Ponce AM, Coen RF, Walsh C. The underdetection of cognitive impairment in nursing homes in the Dublin area. The need for on-going cognitive assessment. *Age Ageing*. 2009;39(1):128-31.
22. Cherubini A, Ruggiero C, Dell'Aquila G, Eusebi P, Gasperini B, Zengarini E, et al. Underrecognition and Undertreatment of Dementia in Italian Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(8):759.e7-759.e13.
23. Santos FFM dos. PORDATA - Ambiente de Consulta População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado [Internet]. [cited 2017 May 16]. Available from: <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
24. Converso MER, Lartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):267-72.
25. Gonçalves-Pereira M, Cardoso A, Verdelho A, Alves da Silva J, Caldas de Almeida M, Fernandes A, et al. Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(2):134-43.
26. Higgins I. The experience of chronic pain in elderly nursing home residents. *J Res Nurs*. 2005;10(4):369-82.
27. Barbosa MH, Bolina AF, Tavares JL, Cordeiro ALP de C, Luiz RB, Oliveira KF de. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crónica em idosos institucionalizados. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(6):1009-16.

Anexos

Anexo 1 - Autorização do questionário pela instituição



Estamos a fazer um estudo sobre o perfil e prevalência de Dor e sobre funções mentais globais, onde se inclui um estudo ao nível da orientação e memória segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), na Beira Interior Sul, em instituições sociais.

Pretende-se com este estudo obter um maior conhecimento sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados da Região da Beira Interior Sul, bem como um maior conhecimento sobre as funções mentais desta população. Pretende-se também com este estudo obter um mapeamento da região, centrada ao nível da população mais envelhecida, de modo a verificar qual o impacto que este tema tem na população em questão.

Para o estudo necessita-se da colaboração dos utentes desta IPSS, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Caso o desejem, os utentes podem-se recusar a participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Compreendi que a participação dos utentes da IPSS neste estudo é voluntário, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considereei necessárias. Na qualidade de responsável da instituição consinto a realização do questionário na instituição, a todas os utentes que desejem participar de livre vontade, desde que o objectivo do


estudo seja explicado e que todas as dúvidas sejam esclarecidas, não dispensando o preenchimento do Consentimento Informado individual de cada.

Responsável da Instituição (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

Discuti o estudo e os seus métodos com o(a) responsável da instituição, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. A autorização foi assinada em duplicado, ficando uma cópia com o responsável e outra com o Investigador.

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:

Anexo 2 - Consentimento informado do participante

 <p>Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira</p> <p>FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<h3>Declaração de consentimento informado:</h3> <p><u>Questionário resumido da Dor (Formulário Abreviado)</u></p> <p><u>Funções Mentais Globais e Específicas em pessoas com mais de 65 anos de idade, segundo o instrumento de avaliação CIF</u></p>
---	---

Código de identificação do participante _____

Estamos a fazer um estudo sobre o perfil e prevalência de Dor e sobre funções mentais globais, onde se inclui um estudo ao nível da orientação e memória segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), na Beira Interior Sul, em instituições sociais.

Pretende-se com este estudo obter um maior conhecimento sobre o perfil e prevalência de Dor nos idosos institucionalizados da Região da Beira Interior Sul, bem como um maior conhecimento sobre as funções mentais desta população. Pretende-se também com este estudo obter um mapeamento da região, centrada ao nível da população mais envelhecida, de modo a verificar qual o impacto que este tema tem na população em questão.

Para o estudo necessita-se da sua colaboração, através do preenchimento de um questionário.

Todos os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, poderão ser consultados pelos responsáveis científicos do projeto de investigação, ser publicadas em revistas científicas e os participantes poderão requisitar informação sobre os seus dados. No entanto, os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais. Caso assim o deseje, poderá recusar participar neste estudo ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.



Compreendi que a minha participação é voluntária e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que considereei necessárias, assim consinto que me sejam aplicados os métodos propostos para o estudo atual.

Participante (Nome Completo Maiúsculas):	
Assinatura:	Data:

Discuti o estudo e os seus métodos com o participante, foi-lhe dado tempo para pensar, e colocar dúvidas. O Consentimento foi assinado em duplicado, ficando uma cópia com o participante e outra com o Investigador.

Nome do membro da equipa de Investigação:	
Assinatura:	Data:

Anexo 3- Questionário aplicado

 <p>Centro de Investigação e Desenvolvimento da Beira</p>  <p>FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<h2 style="text-align: center;">Questionário</h2> <p style="text-align: center;"><u>Questionário resumido da Dor (Formulário Abreviado)</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Funções Mentais Globais e Específicas em pessoas com mais de 65 anos de idade, segundo o instrumento de avaliação CIF</u></p>
---	---

Questionário individual nº __ / ___ / ___

Nome (facultativo): _____

Idade: ____ Data de Nascimento: __ / __ / _____

Género: Masculino Feminino

Estado civil: _____

Habilitações: Analfabeto 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo

Secundário Superior

FUNÇÕES MENTAIS GLOBAIS E ESPECÍFICAS

Inquérito sobre a orientação e memória

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ____

Em que mês estamos? ____

Em que dia do mês estamos? ____

Em que dia da semana estamos?___

Em que estação do ano estamos?___

Nota:___

Em que país estamos?___

Em que distrito vive?___

Em que terra vive?___

Em que casa estamos?___

Em que andar estamos?___

Nota:___

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente retida)

(“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.”)

Pêra___

Gato___

Bola___

Nota:___

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas.) “Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.”

27___ 24___ 21___ 18___ 15___

Nota:___

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra___

Gato___

Bola____

Nota:____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

Relógio____

Lápis____

Nota:____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”

Nota:____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita____

Dobra ao meio____

Coloca onde deve____

Nota:____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê -se a frase.

Fechou os olhos____

Nota: ____

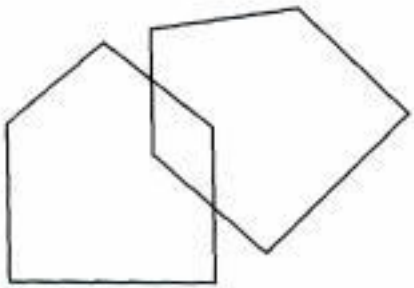
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Devo ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

Frase:_____

Nota: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: ____

TOTAL (Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos 27 pontos

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 Nenhum Alívio
 alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

- A **Actividade geral**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- B **Disposição**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- C **Capacidade para andar a pé**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- D **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- E **Relações com outras pessoas**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- F **Sono**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente
- G **Prazer de viver**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.