

Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
 Curso de Medicina
 v. 11, n. 1, 2026, p. 33-49.
 ISSN: 2448-1394
 DOI: 10.61223/jmhp.v11i1.363



Journal of Medicine
 and Health Promotion

Caracterização da dor e funcionalidade em idosos usuários de uma clínica escola de fisioterapia

Characterization of pain and functionality in elderly users of a physiotherapy school clinic

Liliane Leite Mamede

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Patos-PB

Aline Guimarães Carvalho

Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Patos-PB

Ana Mayara Pereira Vilar Trigueiro

Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Patos-PB

Eva Jeminne de Lucena Araújo

Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Patos-PB

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é um processo multifatorial e progressivo que acomete as estruturas e funções do corpo. Quando acompanhado de doenças crônicas podem provocar dor e impactar a funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo caracterizar a dor e a funcionalidade em idosos. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo que envolve coletar dados descritivos, utilizando uma abordagem que combina métodos qualitativos e quantitativos, de natureza exploratória e de forma transversal. Para a coleta de dados, foi realizada através de dois questionários: o questionário de Dor de McGill (MPQ), que permite avaliar de forma detalhada as características da dor, e o Índice de Barthel Modificado, que mede a capacidade do indivíduo em realizar atividades da vida diária (AVDs), como alimentação, banho e mobilidade. **Resultados:** O MPQ indicou uma média total de 7,03, sugerindo intensidade de dor leve a moderada. Já o Índice de Barthel, 50% da amostra apresenta dependência leve e 20% independência, não havendo comprometimento significativo na realização das atividades básicas da vida diária. **Conclusão:** Assim, podemos concluir que a fisioterapia é essencial para o controle da dor e para manter a funcionalidade, ajudando a promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Dor. Funcionalidade.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a multifactorial and progressive process that affects the structures and functions of the body. When accompanied by chronic diseases, they can cause pain and impact the functionality and quality of life of individuals. **Objective:** This study aims to characterize pain and functionality in the elderly. **Methods:** This is a field research that

involves collecting descriptive data, using an approach that combines qualitative and quantitative methods, of an exploratory nature and in a cross-sectional way. For data collection, two questionnaires were carried out: the McGill Pain Questionnaire (MPQ), which allows the detailed assessment of pain characteristics, and the Modified Barthel Index, which measures the individual's ability to perform activities of daily living (ADLs), such as feeding, bathing and mobility. **Results:** The MPQ indicated a total mean of 7.03, suggesting mild to moderate pain intensity. On the other hand, the Barthel Index showed 50% of the sample was slightly dependent and 20% was independent, with no significant impairment in the performance of basic activities of daily living. **Conclusion:** Thus, we can conclude that physical therapy is essential for pain control and to maintain functionality, helping to promote active aging and quality of life.

Keywords: Aging. Pain. Functionality.

INTRODUÇÃO

A redução das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, impulsionados por melhorias na saúde e nas condições de vida, estão fazendo a população brasileira envelhecer rapidamente. Embora pareça ser global, a transição demográfica no Brasil acontece de maneira rápida. Enquanto a França levou 140 anos para que a proporção de idosos passasse de 10% para 20%, no Brasil, isso deve acontecer em apenas 25 anos. Em 2060, mais de 25% da população brasileira terá mais de 60 anos ¹.

A senescência é o processo natural de envelhecimento em que o idoso lida de forma equilibrada com suas limitações e permanece ativo durante a velhice. A qualidade de vida tem um conceito amplo e abrange a percepção que a pessoa tem a de posição no contexto cultural, seus valores, objetivos e expectativas. Ela também envolve a preservação da saúde física, social, mental e espiritual, o que torna sua definição complexa ².

O envelhecimento senil é caracterizado pela presença de doenças que podem dificultar a realização de tarefas diárias devido a limitações físicas e funcionais. Trata-se de uma fase natural da vida, marcada por mudanças graduais no sistema fisiológico associados à saúde. Esse processo é influenciado tanto por fatores genéticos quanto pelos hábitos adotados ao longo da vida ³.

O ser que envelhece de maneira saudável apresenta uma maior capacidade de enfrentar o estresse físico, enquanto aquele que não envelhece de forma adequada enfrenta grandes desequilíbrios em seu corpo ⁴.

À medida que envelhecemos, é comum o surgimento de doenças crônicas e degenerativas. Essas condições estão muitas vezes ligadas à dor, e para muitos idosos, a dor crônica se torna o principal problema, impactando a qualidade de vida ⁵.

Em 2020, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu a dor como: "Uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada, ou similar àquela relacionada, a uma lesão real ou potencial"⁶.

A dor é subjetiva e pessoal, envolvendo aspectos sensoriais e culturais que podem ser influenciados por fatores socioculturais e psicológicos do indivíduo e do ambiente em que vive ⁷.

Anteriormente, a dor era percebida de maneira simples, dividindo-se em nociceptiva e neuropática, o que excluía algumas condições, como a fibromialgia. Deste modo, em 2016, foi incorporado um terceiro termo, a dor nociplástica, para dispor de várias outras descrições de dor ⁸.

A avaliação da dor com idosos deve ocorrer de maneira ordenada e constante, levando em consideração aspectos como, cognição, desafios na comunicação e transtornos na percepção sensorial, para assegurar uma condução efetiva da dor ⁹.

Pesquisas indicam que a dor em idosos pode comprometer sua independência e, consequentemente, afetar a qualidade de vida, já que há uma relação entre dor e dificuldade para realizar as atividades diárias ¹⁰.

A capacidade funcional é um conceito de saúde importante para os idosos, pois se refere à habilidade de cuidar de si mesmos e de realizar suas atividades diárias, mesmo com a presença de doenças ¹¹.

A perda dessa capacidade funcional pode representar sérios riscos para a saúde física, mental e social, além de reduzir o bem-estar, favorecendo o isolamento social, a depressão e outros problemas que aumentam a morbimortalidade do idoso e diminuem sua qualidade de vida ¹².

A avaliação da capacidade funcional envolve técnicas que ilustram as habilidades e limitações ao executar atividades essenciais do dia a dia, incluindo atividades ocupacionais, sociais e lazer ^{13, 14}.

A avaliação fisioterapêutica deve ser personalizada, organizada e sistemática, com o objetivo de coletar informações relevantes. Como pacientes com dor podem apresentar diferentes tipos e características do sintoma, o processo de avaliação será dividido em etapas a serem seguidas. A avaliação deve ser realizada com certa frequência e inclui a anamnese, exame físico detalhado, compreensão das patologias e suas características, além da análise de exames complementares. É importante destacar a avaliação funcional, pois a dor impacta diretamente nessa condição. Pode-se utilizar questionários ou escalas validadas na literatura para avaliar tanto a intensidade da dor quanto a função do paciente ¹⁵.

De acordo com os autores mencionados, segue o seguinte questionamento: Qual a importância de caracterizar a dor e a funcionalidade em idosos e como essa avaliação pode influenciar diretamente nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida desses pacientes?

Com base no estudo, justifica-se importante a pesquisa no que se diz respeito a dor e funcionalidade, para que haja novas estratégias de avaliação e condutas terapêuticas. Este estudo teve como objetivo principal caracterizar a dor e a funcionalidade em idosos de uma clínica escola de fisioterapia de uma instituição de Ensino Superior do alto sertão Paraibano.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo e levantamento de dados descritiva com abordagem qualiquantitativa, com objetivos exploratórios e procedimento transversal relacionada à Caracterização da dor e funcionalidade em idosos usuários de uma clínica escola de fisioterapia. O estudo foi realizado em uma Clínica Escola de Fisioterapia, localizada na cidade de Patos, Paraíba.

A população foi formada por 67 idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia do referido Centro Educacional e a amostragem foi constituída pelos 20 voluntários que aceitarem fazer parte da pesquisa, considerando critério de acessibilidade.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ter entre 60 a 75, estar em atendimento fisioterapêutico na clínica escola e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Quanto aos critérios de exclusão, foram considerados aqueles que portam alterações do estado cognitivo e não responderam de forma completa os questionários aplicados.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois questionários distintos. As informações foram obtidas mediante entrevista direta com paciente.

O Questionário McGill de Dor (MPQ) foi desenvolvido para avaliar diferentes aspectos da dor com base em descritores escolhidos pelo próprio paciente. Elaborado a partir de 102 palavras extraídas da literatura especializada e organizadas por profissionais da saúde em grupos qualitativos, conforme similaridade, intensidade e nuances de significado. De início, os descritores foram distribuídos em três categorias principais: Sensorial-discriminativo (subgrupos 1 a 10), referentes às propriedades mecânica, térmicas e espaciais da dor; afetivo-motivacional (subgrupos 11 a 15), relacionado a aspectos emocionais como tensão e medo; e cognitivo-avaliativo (subgrupo 16), que expressa a avaliação subjetiva de experiência dolorosa. Posteriormente, com a inclusão de termos sugeridos pelos próprios pacientes, foi adicionado um quarto grupo, denominado de miscelânea (subgrupos 17 a 20). A versão final do instrumento compreende quatro grupos, 20 subgrupos e 78 descritores^{16,17}. O mesmo permite o cálculo de dois índices: o número de descritores escolhidos (máximo de 20 palavras, uma por subgrupo) e o índice de dor, que resulta da soma dos escores de intensidade atribuídos a cada descritor, variando 0 a 6, com pontuação máxima de 78 pontos. O instrumento também contempla um questionário clínico-demográfico, um diagrama corporal para identificação do local da dor e itens que abordam a frequência, duração e intensidade da queixa dolorosa^{17,18}.

O Índice de Barthel (IB), afere as AVD's e mensura a autonomia funcional em diferentes perspectivas, como mobilidade, cuidado pessoal, eliminações e locomoção. Dessa forma, estabelece a independência funcional em dez itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso

sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. Permitindo que cada função seja mensurada de acordo com a eficiência em que o indivíduo realiza a atividade de modo dependente, com auxílio ou independente.¹⁹ A pontuação atribuída em cada item resulta do tempo e da assistência necessária. O IB tem uma pontuação total que varia de 0 a 100, quanto menor a pontuação, maior a sua dependência para realizar as atividades avaliadas, ou seja, 0 a 20 dependência total, 21 a 60 dependência grave, 61 a 90 com dependência moderada, de 91 à 99 dependência suave e 100 indica independência²⁰.

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software IBM SPSS Statistics 21.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número 6.896.284, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinalaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador, aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 20 idosos, atendidos em uma clínica escola de fisioterapia, sendo 13 (65%) do sexo feminino e 7 (35%) do sexo masculino. Os pacientes avaliados têm idades distribuídas entre 60 e 79 anos, com maior concentração na faixa de 70 a 74 anos, que inclui 35% (n=7) do total. Em relação à especialidade clínica, a maioria são atendidos na área de Fisioterapia Neurofuncional (30%, n=6). A respeito dos diagnósticos apresentados, o AVC foi o mais comum, com 25% (n=5). Sobre uso de medicações, 11 idosos (55%) dizem fazer uso de forma ocasional. Apresentaram também nível intelectual variado, onde 35%(n=7) eram de nível 2 (Tabela 1).

Tabela 1 – Questionário Geral

Variáveis	N(20)	%(100)
Sexo		
Feminino	13	65%
Masculino	7	35%
Idade		
60-64	5	25%
65-69	5	25%
70-74	7	35%
75-79	3	15%
Especialidade Clínica		
Fisioterapia em Geriatria	5	25%
Fisioterapia Neurofuncional	6	30%
Fisioterapia na Saúde do Homem	1	5%
Fisioterapia Traumato-ortopédica	3	15%
Fisioterapia em Reumatologia	4	20%

Fisioterapia Cardiopneumofuncional	1	5%
Diagnóstico Clínico		
Artrose	4	20%
AVC	5	25%
Doença coronariana	1	5%
Fratura	1	5%
Incontinência Urinária	1	5%
Lesão Medular	1	5%
Osteoartrite	3	15%
Pós- Operatório	2	10%
Sem diagnóstico	2	10%
Uso de analgésicos		
Uso diário	6	30%
Uso ocasional	11	55%
Não faz uso	3	15%
Nível intelectual		
Nível 1 (baixo)	4	20%
Nível 2	7	35%
Nível 3	5	25%
Nível 4	1	5%
Nível 5 (alto)	3	15%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A primeira parte do questionário de McGill pede para os participantes apontarem o(s) local(ais) da dor através de uma figura do corpo humano. A tabela 2, refere-se aos locais de dor relatados por esses pacientes, a maioria afirma sentir dor em mais de um local. Os mais citados foram a Joelho, com 24,20%(f=8), e a região cervical com 15,20%(f=5).

Tabela 2 – Localização da dor

Localização	f	%
Joelho(s)	8	24,20%
Cervical	5	15,20%
Membros Inferiores	4	14,30%
Lombar	3	8,60%
Coluna	3	8,60%
Quadril	2	5,70%
Ciático	2	5,70%
Ombro	1	2,90%
Punho	1	2,90%
Membros Superiores	1	2,90%
Pés	1	2,90%
Centro do Peito	1	2,90%
Sacro	1	2,90%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Para a parte 2 do questionário, os participantes foram orientados a escolher um item dos 20 subgrupos, para melhor descrever a sua dor, ao analisar os dados foi observado que o subgrupo mais apontado foi o sensorial (Tabela 3), com um total de 25 (vinte e cinco) descritores escolhidos, sendo "Fina" o mais citado com 55% (f=11). O subgrupo Afetivo teve um total de nove descritores, "Cansativa" mencionada por 45% (f=9) dos pacientes. No subgrupo Avaliativo, tivemos três descritores apontados, sendo

“Que incomoda” o mais citado, com 30% (n=6). E por último, o subgrupo Miscelânea, com onze descritores, “Irradia” foi citado por 30% (n=6) dos participantes.

Tabela 3 – Dados referentes aos descritores e seus respectivos subgrupos

Descritores	f	%
SENSORIAL		
Vibração, Como pancada, Choque, Puxão, Cólica, Calor, Em brasa, Coceira, Machucada, Esticada*	1	5%
Pulsante, Ferroadada, Dolorida*	2	10%
Latejante, Queima*	6	30%
Pontada, Fisgada, Formigamento,	5	25%
Agulhada, Aperto, Doída,	4	20%
Perfurante, Pesada, Sensível	3	15%
Fina	11	55%
AFETIVO		
Cansativa	9	45%
Exausta, Enlouquecedora*	1	5%
Enjoada, Sufocante*	4	20%
Castigante, Atormenta, Cruel, Miserável*	2	10%
AVALIATIVO		
Chata	1	5%
Que Incomoda	6	30%
Insuportável	5	25%
MISCELÂNEA		
Espalha	5	25%
Irradia	6	30%
Atravessa, Fria, Dá náusea, Pavorosa, Torturante*	1	5%
Repuxa, Gelada, Aborrecida*	2	10%
Adormece	4	20%

Fonte:Dados da pesquisa (2025)

(*)Palavras que foram citadas com a mesma frequência

De acordo com os descritores referidos pelos participantes, obtivemos uma média dos índices de dor (Tabela 4). Observa-se que o componente cognitivo-avaliativo apresentou a maior média (12,66), indicando que os idosos avaliam a dor de forma mais intensa. Os componentes sensorial (6,32), afetivo (4,33) e miscelânea (4,81) mostraram médias mais baixas. A média total do índice de dor foi 7,03, indicando intensidade dolorosa de leve a moderada entre os participantes.

Tabela 4 – Índices do Questionário McGill de avaliação da dor

Índice de dor	M
Sensorial-discriminativo	6,32
Afetivo-motivacional	4,33
Cognitivo-avaliativo	12,66
Miscelânea	4,81
Total	7,03

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Os resultados quanto ao padrão de dor, 50% dos participantes relataram apresentar dor de característica contínua, estável ou constante, o que indica uma presença persistente do sintoma. Em relação aos métodos utilizados para alívio da dor, a fisioterapia foi a estratégia mais mencionada, sendo citada por 35% dos participantes. E no que diz respeito aos fatores que aumentam a dor, o principal desencadeador relatado foi permanecer na mesma posição, sendo em pé, sentado ou deitado, mencionado por 40% dos idosos (Tabela 5).

Tabela 5 – Padrão, alívio e aumento da dor

Padrão da Dor	f(20)	%(100)
(1) Contínua / Estável / Constante	10	50%
(2) Rítmica / Periódica / Intermitente	7	35%
(3) Breve / Momentânea / Transitória	3	15%
Alívio da Dor		
Fisioterapia	7	35%
Massagem com uso de pomadas	3	15%
Movimento	3	15%
Exercícios	2	10%
Medicação	2	10%
Descanso	2	10%
Chá	1	5%
Aumenta a Dor		
Mesma posição	8	40%
Esforço	6	30%
Pegar peso	3	15%
Movimento	1	5%
Se abaixar	1	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A análise das respostas referentes à intensidade da dor revelou que, no momento da entrevista, a maioria dos participantes descreveu a dor como "leve" (70%), indicando baixa intensidade no quadro atual. No entanto, para a dor mais intensa já experimentada, os termos mais frequentes foram "horrível" e "lacerante" (ambos com 35%), evidenciando episódios prévios de dor severa. O último episódio de dor também foi classificado como intenso, sendo descrito como "agonizante" por 40% dos entrevistados. Em relação às dores específicas, a pior dor de cabeça foi considerada como "horrível" 45% dos participantes e a pior dor de dente recebeu o mesmo adjetivo por 30%, demonstrando a gravidade atribuída a essas experiências. Já a respeito da pior dor de estômago, 40% relataram que não costumam sentir dores mais leves, sugerindo menor impacto nesse tipo específico de dor (Tabela 6).

Tabela 6 – Intensidade de dor

Variáveis	f (20)	% (100)
1. Qual palavra descreve sua dor no momento?		
1 Leve	14	70%
2 Desconfortável	6	30%
2. Qual palavra descreve sua dor mais intensa?		
2 Desconfortável	2	10%
3 Agonizante	4	20%
4 Horrível	7	35%
5 Lacerante	7	35%
3. Qual palavra descreve seu último episódio de dor?		
1 Leve	3	15%
2 Desconfortável	7	35%
3 Agonizante	8	40%
4 Horrível	2	10%
4. Qual palavra descreve sua pior dor de cabeça?		
1 Leve	4	20%
2 Desconfortável	2	10%
3 Agonizante	1	5%
4 Horrível	9	45%
5 Lacerante	4	20%
5. Qual palavra descreve sua pior dor de dente?		
1 Leve	3	15%
2 Desconfortável	3	15%
3 Agonizante	5	25%
4 Horrível	6	30%
5 Lacerante	3	15%
6. Qual palavra descreve sua pior dor de estômago?		
1 Leve	8	40%
2 Desconfortável	4	20%
3 Agonizante	4	20%
4 Horrível	3	15%
5 Lacerante	1	5%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Quanto a escala de Barthel modificada, mostram que a maioria dos participantes apresenta níveis variados de dependência em diversas atividades da vida diária. Em relação à higiene pessoal, 65% são totalmente independentes. Para o banho, 65% são totalmente independentes e 35% requerem algum tipo de assistência. Na alimentação, 75% dos participantes são totalmente independentes. Quanto à toalete, 70% são totalmente independentes. Ao subir escadas, 35% são independentes e outros 35% precisam de ajuda

mínima. Para vestuário, 65% são totalmente independentes. No controle da bexiga, 55% são independentes. Em relação ao controle intestinal, 85% são totalmente independentes. Dos 20 participantes, 17 deambulam, 70,6% deles são totalmente independentes. Apenas 3 participantes fazem uso de cadeira de rodas, sendo que 75% é totalmente independente em todas as etapas relacionadas ao uso da cadeira de rodas e apenas 1 é dependente e necessita de ajuda. Por fim, nas transferências, 75% são totalmente independentes e 30% requerem ajuda moderada a mínima.

Tabela 7- Resultado do questionário do Índice de Barthel Modificado

Itens e variáveis	f(20)	%(100)
Higiene Pessoal		
Incapaz de realizar a tarefa	1	5%
Requer ajuda substancial	1	5%
Requer moderada ajuda	3	15%
Requer mínima ajuda	2	10%
Totalmente independente	13	65%
Banho		
Requer ajuda substancial	3	15%
Requer moderada ajuda	1	5%
Requer mínima ajuda	3	15%
Totalmente independente	13	65%
Alimentação		
Requer moderada ajuda	1	5%
Requer mínima ajuda	4	20%
Totalmente independente	15	75%
Toalete		
Incapaz de realizar a tarefa	2	10%
Requer moderada ajuda	1	5%
Requer mínima ajuda	3	15%
Totalmente independente	14	70%
Subir escadas		
Incapaz de realizar a tarefa	3	15%
Requer ajuda substancial	2	10%
Requer moderada ajuda	1	5%
Requer mínima ajuda	7	35%
Totalmente independente	7	35%
Vestuário		
Requer ajuda substancial	3	15%
Requer mínima ajuda	4	20%
Totalmente independente	13	65%
Controle esfinteriano (bexiga)		
Incapaz de realizar a tarefa	2	10%
Requer moderada ajuda	2	10%
Requer mínima ajuda	5	25%
Totalmente independente	11	55%
Controle de esfinteriano (intestino)		
Incapaz de realizar a tarefa	1	5%
Requer moderada ajuda	1	5%
Requer mínima ajuda	1	5%
Totalmente independente	17	85%
Deambulação		
Requer ajuda substancial	1	5,9
Requer moderada ajuda	2	11,8
Requer mínima ajuda	2	11,8
Totalmente independente	12	70,6
Ou cadeira de rodas		
Incapaz de realizar a tarefa	1	25%
Totalmente independente	2	75%
Transferências		
Incapaz de realizar a tarefa	1	5%
Requer moderada ajuda	2	10%
Requer mínima ajuda	2	10%
Totalmente independente	15	75%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Na tabela 8, observou-se que a maioria dos participantes (50%) apresentou dependência leve segundo o índice de Barthel, com pontuação entre 76 e 99 pontos, seguido por 20% com dependência moderada (51 a 75 pontos), 20% totalmente independentes (100 pontos), e apenas 5% com dependência severa (26 a 50 pontos) e 5% com dependência total (até 25 pontos).

Tabela 8- Índice de Barthel Modificado em idosos

Pontuação	Interpretação dos resultados	Nº	%
100 pontos	Totalmente Independente	4	20%
99 a 76 pontos	Dependência leve	10	50%
75 a 51 pontos	Dependência moderada	4	20%
50 a 26 pontos	Dependência severa	1	5%
25 e menos pontos	Dependência total	1	5%
Total		20	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa mostram um perfil de idosos com predominância do sexo feminino e com maior prevalência de condições neurológicas, especialmente o AVC. Esses dados se aproximam do estudo conduzido por Santos et al.¹⁸, que também avaliou idosos com dor crônica de origem ortopédica e neurológica, sendo a maioria mulheres (81,58%) e com uma média de idade semelhante ($70,5 \pm 6,45$ anos). No entanto, no estudo citado acima, o diagnóstico mais prevalente foi a osteoporose (42,1%), e dentre as condições neurológicas, 13,2% eram portadores de Parkinson. Em relação ao uso de medicamentos para controle da dor, neste estudo a maioria faz uso de analgésicos ocasionalmente, enquanto no estudo referido, os participantes faziam uso frequente de medicamentos para dor, com uma média de mais de três fármacos por pessoa, o que reforça uma alta demanda por controle farmacológico. Quanto ao nível intelectual, foi observado níveis de baixa escolaridade, achados esses, coerentes com Santos et al.¹⁸ que relata uma escolaridade baixa entre os idosos, o que reforça a importância de uma abordagem mais acessível e individualizada no cuidado com esses pacientes.

Ainda no mesmo estudo de Santos et al.¹⁸, o qual avalia a dor em idosos com dor crônica decorrente a problemas ortopédicos e neurológicos, obtiveram um resultado semelhante a presente pesquisa, onde os locais mais citados foram membros inferiores com 28,9%, e coluna vertebral com 15,8%. O mesmo estudo cita os locais de dor referentes a doenças ortopédicas, mas não foi apresentado locais de dor referentes aqueles que possuem doenças neurológicas.

Comparando com o estudo de Mendes et al.²¹, que se aplica a escala de McGill em pacientes oncológicos, observa-se que dentro dos descritores sensoriais, o mais citado foi "Pontada" (69%). No componente afetivo, houve uma maior frequência de termos como Enjoada (65,4) e Cansativa (61,5), superando os valores da presente amostra. Além disso, no domínio avaliativo, o termo "Insuportável" referido por 48,1% dos entrevistados, enquanto na nossa amostra esse valor foi de 25%. E no subgrupo miscelânea, o descritor mais citado foi "Espalha" com 40,4%, sendo que neste estudo 30% dos idosos refere dor que "Irradia". Essa diferença pode estar relacionada ao perfil clínico da amostra, à intensidade da dor percebida e ao contexto emocional dos pacientes.

Os índices obtidos na presente pesquisa (tabela 3) revelam uma percepção de dor mais intensa quando comparados ao estudo de Siebra e Vasconcelos²², que apresentou escores menores para as mesmas categorias: sensorial (3,16), afetivo (3,21), avaliativo (2,29) e miscelânea (2,12). Isso sugere que os participantes deste estudo não apenas sentem a dor mais intensa, mas também a avaliam como mais impactante e difícil de suportar, principalmente no aspecto avaliativo com uma diferença bastante expressiva. No entanto, o índice de dor foi menor na amostra atual (7,03) em comparação ao estudo citado (10,80), o que pode indicar variações no número de descritores selecionados ou nas estratégias de enfrentamento da dor utilizadas pelos idosos. Esses achados apontam para uma dor com componentes emocionais e sensoriais relevantes, exigindo atenção multiprofissional para seu manejo adequado.

Ao verificar os padrões temporais da dor entre os resultados da presente pesquisa e os dados do estudo de Mendes et al.²¹, observa-se certa semelhança na predominância da dor contínua ou constante. Neste estudo, 50% dos idosos relataram dor contínua, estável ou constante, enquanto em Mendes et al., 42,3% também referiram dor com essa característica. Mas comparado ao estudo de Figueiredo²³, o padrão de dor que prevaleceu foi Breve, Momentânea e transitória com 44,1%, número maior do que os 35% registrados nessa amostra.

A comparação entre os dados da presente pesquisa e o estudo de Egito²⁴ diferenças relevantes na percepção da dor. Nesta amostra, 70% dos participantes relataram dor "leve" no momento da entrevista, enquanto no estudo comparativo apenas 26,6% fizeram essa mesma classificação, sugerindo maior intensidade de dor no grupo externo. A dor mais intensa já vivenciada foi descrita como "horrível" e "lacerante" por 35% (cada) dos entrevistados desta pesquisa, superando os percentuais do estudo comparativo (29,6% e 22,2%, respectivamente). O último episódio de dor também foi mais intenso na amostra atual, com 40% relatando dor "agonizante", valor próximo ao do estudo comparativo (44,4%). Em dores específicas, como dor de dente e cabeça, o termo "horrível" predominou em ambas as pesquisas. Já em relação à dor de estômago, 40% dos participantes desta pesquisa relataram dor leve, enquanto no estudo comparativo 44,4%

afirmaram não sentir dor. Esses dados indicam que os idosos participantes da presente amostra vivenciaram episódios de dor mais severos em comparação ao estudo analisado.

Em comparação ao estudo de Monteiro et al.²⁵, observa-se similaridade nos resultados. Na "alimentação", 75% dos avaliados foram independentes, comparados com os 90% do estudo citado. Em "higiene pessoal", houve 65% de independência contra 60% em Monteiro et al.²⁵. No uso do banheiro, esta pesquisa apresentou 70% de independentes, número superior aos 50% observados no estudo de referência. O controle dos esfínteres foi mais favorável nesta amostra, 85% de independência no intestinal e 55% de bexiga, frente a 70% e 50% no estudo comparado, respectivamente. No banho, ambos os estudos apresentaram resultados próximos, 65% nesta amostra e 60% no estudo citado. Atividades como subir escadas apresentaram menor autonomia, com 35% de independência nesta amostra, sendo 50% no estudo indicado. Em termos de transferências (75%) e a deambulação (70,6%) mantiveram bons resultados no desempenho funcional. E a respeito do manuseio da cadeira de rodas, para aqueles que não deambulam, o presente estudo mostra que 25% é incapaz de realizar a tarefa e 75% é totalmente independente, superando os 10% encontrados por Monteiro et al.²⁵.

Outro estudo que se manteve semelhante foi o de Girondi et al.²⁶, pois ao contrapor os resultados, essa amostra apresentou maior independência funcional em quase todas as atividades. Destacam-se melhores resultados em alimentação (75% vs. 61%), higiene pessoal (65% vs. 50%), banho (65% vs. 61%) e vestir-se (60% vs. 50%). Também se sobressaíram no controle dos esfínteres (85%/55% vs. 70%/61%), transferências (75% vs. 61%) e deambulação (70,6% vs. 28%) e uso da cadeira de rodas (75% vs. 22%).

Quando comparados aos achados de Girondi et al.²⁶, que identificaram 61,2% dos idosos apresentaram dependência leve, 11,1% com dependência moderada e 11,1% com dependência severa, 16,6% com dependência total, observa-se uma tendência semelhante à predominância leve. No entanto, nenhum idoso da amostra era totalmente independente, enquanto na presente pesquisa 20% alcançaram essa classificação.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu compreender que, mesmo diante da dor, os idosos avaliados mantêm, em sua maioria, um bom nível de independência funcional. A dor foi percebida de forma variada, com predominância de relatos leves no momento da avaliação, mas também com referências a episódios dolorosos mais intensos. Isso demonstra a complexidade da experiência dolorosa e a necessidade de avaliar a dor de forma multidimensional.

A investigação alcançou seu objetivo ao demonstrar que é possível conviver com dor sem perder totalmente a independência funcional, desde que haja acompanhamento

adequado. Nesse cenário, a fisioterapia se destaca com uma profissão essencial, atuando tanto na redução da dor quanto na preservação da funcionalidade, promovendo qualidade de vida e envelhecimento com mais dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Mrejen M, Nunes L, Giacomini K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado? São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2023. Acesso em Set 22, 2024. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf.
2. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de idosos sobre qualidade de vida. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):101-7. DOI: 10.1590/S0103-21002010000100016
3. Ferreira, S I R, Teston, EF, Marcon SS, Arruda BCCG, Mandu JBS, Werle JE, Galera SAF. Significado do envelhecimento para cuidadores de idosos senis. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1240>
4. Avers D, Wong RA. Guccione Fisioterapia Geriátrica. Nova York: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788595159044.
5. Silva, MC. Fassa AG, Valle NC. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):377-385. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200005>
6. Santana JM, Perissinotti DMN, Junior JOO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Revised definition of pain after four decades. Editorial BrJP, v. 3, n. 3, p. 197-198, 2020. ISSN 2595-3192. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.
7. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.373-87.
8. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice ASC, Rief W, Slu-Ka KA. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain. 2016;157(7):1382-13826.
9. Herr K, Coyne PJ, McManus K, Key T, Manz K. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs. 2011 Dec;12(4):230-50. doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002.
10. Reis, Luciana Araújo e Torres, Gilson de Vasconcelos. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2011;64(2):274-280. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200009>>. Epub 30 Jun 2011. ISSN 1984-0446.

11. Cardoso JH, Costa JSD da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde colet.* 2010;15(6):2871-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>
12. Dias FSS, Lima CCM, Queiroz P de SF, Fernandes TF. Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *REAS* 2021;13(2):e6361.DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e6361.2021>
13. Granger CV, Gresham GE. Functional Assessment in Rehabilitation Medicine: Introduction and Brief Background. In: Granger CV, Gresham GE. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 3rd ed. Amsterdã: Elsevier, 1993, p. 417-423.
14. Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016, p. 76-101. ISBN 9788527729499
15. Castilho RK, SILVA VCS, PINTO, CS. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos: Atheneu, 2021. SILVA, J. M. da et al. Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia: Thiene Revinter Publicações, 2021.
16. Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1985 Aug;22(4):399-405. doi: 10.1016/0304-3959(85)90045-4.
17. Pimenta, CAM, Teixeira, MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30:473-483.
18. Santos CC dos, Pereira LSM, Resende MA de, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiátr*. 2006;13(2):75-82. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v13i2a102586>
19. Mahoney, FI, Barthel, DW. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J*. 1965;14:61-65.
20. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira, MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. *Acta Paul Enferm*. 2010;239(2):218-223 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
21. Mendes PM, Silva Dantas Avelino FV, Ribeiro dos Santos AM, Falcão LM, Soares Dias SR, Silva Soares AH. Aplicação da escala de McGill para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev. Enferm. UFPE on line [Internet]*. 27º de agosto de 2016 [citado 25º de abril de 2025];10(11):4051-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/11489>

22. Siebra MMR, Vasconcelos TB. Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas. Rev Dor. 2017;18(1):43-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170010>
23. Figueiredo VF de, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira A de M, Amorim JSC de. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. Fisioter Mov. 2013;26(3):549-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008>
24. Egito MCS. Relação entre depressão e dor crônica em idosos institucionalizados [monografia]. Imperatriz (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/5855>
25. Monteiro, AE, Pereira HS, Amorim PB. Avaliação da capacidade de idosos através da análise do índice de barthel. RECIMA21. 2021;2(9):e29718. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/718>
26. Girondi JBR, Hammerschmidt KS de A, Tristão FR, Fernandez DLR. O uso do Índice de Barthel Modificado em idosos: contrapondo capacidade funcional, dependência e fragilidade. J Health Biol Sci. 2014;2(4):213-7. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1>