

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PATRÍCIA PEREIRA DE VASCONCELOS

DOR CRÔNICA EM IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL EM UMA
METRÓPOLE DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

GOIÂNIA, 2012

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Patrícia Pereira de Vasconcelos				
E-mail:	patyppvvas@yahoo.com.br				
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Vínculo empregatício do autor					
Agência de fomento:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás			Sigla:	CAPES/FAPEG
País:	Brasil	UF:	GO	CNPJ:	08.156.102/0001-02
Título:	Dor crônica em idosos: estudo populacional em uma metrópole da região centro-oeste do Brasil				
Palavras-chave:	Dor crônica; Idoso; Prevalência; Autopercepção de saúde				
Título em outra língua:	Chronic pain in the elderly: a study population in a metropolis of the west central region of Brazil				
Palavras-chave em outra língua:	Chronic pain; Elderly; Prevalence, Self-rated health				
Área de concentração:	A enfermagem no cuidado à saúde humana				
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	03/05/2012				
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem da UFG				
Orientador (a):	Lilian Varanda Pereira				
E-mail:	lilianvaranda7@gmail.com				
Co-orientador (a):*	Não teve				
E-mail:					

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Assinatura do (a) autor (a)

Data: ____ / ____ / ____

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

PATRÍCIA PEREIRA DE VASCONCELOS

**DOR CRÔNICA EM IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL EM UMA
METRÓPOLE DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: A enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica e desenvolvimento de tecnologias para a produção do conhecimento e para o cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lilian Varanda Pereira

GOIÂNIA, 2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

V331d Vasconcelos, Patrícia Pereira.
Dor crônica em idosos [manuscrito] : estudo populacional em uma metrópole da região Centro-Oeste do Brasil / Patrícia Pereira de Vasconcelos. - 2012.
111 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lilian Varanda Pereira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2012.

Bibliografia.

Inclui lista de tabelas, abreviaturas e siglas.

Apêndices.

1. Dor crônica - Idoso. 2. Saúde – Idoso – Aupercepção. I. Título.

CDU: 616-053.9(817.3)

FOLHA DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA PEREIRA DE VASCONCELOS

DOR CRÔNICA EM IDOSOS: ESTUDO POPULACIONAL EM UMA METRÓPOLE DA
REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Goiás para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em 03 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora LILIAN VARANDA PEREIRA – Presidente da Banca
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora RUTH LOSADA DE MENEZES – Membro Efetivo, Externo ao
Programa
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Professora Doutora MARIA MÁRCIA BACHION – Membro Efetivo
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Professora Doutora PRISCILLA HORTENSE – Membro Suplente, Externo ao Programa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Professora Doutora ANA LUIZA LIMA SOUSA – Membro Suplente
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pois só ele sabe verdadeiramente o quão difícil foi chegar até aqui...

Em segundo a minha família (Pai, Mãe e Irmãs) pelo amor incondicional...

Aos amigos e confidentes pela paciência, confiança e companherismo!!!

AGRADECIMENTOS

À todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a construção deste trabalho.

À Deus, por estar sempre presente em minha vida e conceder-me força e coragem para superar as limitações e alcançar os esclarecimentos necessários durante toda a minha vida.

Aos meus amados pais Elizabeth e Dunlavo, pela estrutura, amor, vida e exemplo. Também as minhas lindas irmãs Cibele e Daniela pelo apoio, carinho e compreensão.

Aos inúmeros amigos que fiz durante essa longa caminhada prazerosa e muitas vezes árdua de 8 anos de universidade... Pelas cumplicidades, batalhas, brincadeiras e acima de tudo na certeza de que a luta continua sempre!!!

Aos amigos de longas datas pelo respeito, apoio nos momentos em que o cansaço me fez cair e, sobretudo na batalha diária de tentar fazer essa jornada acontecer...

À Universidade Federal de Goiás, por ter proporcionado um estudo gratuito e de qualidade...

Ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, seus professores e colaboradores, pela acolhida e seus ensinamentos e exemplos...

À Prof^a. Dr^a. Lilian Varanda Pereira, minha orientadora, por ter compartilhado comigo seus conhecimentos, pela oportunidade de aprendizado diário, pela dedicação, exigência, paciência e disponibilidade durante a construção deste trabalho e pela importância no meu crescimento pessoal e profissional...

Às prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Ana Luiza Lima Sousa, Maria Márcia Bachion e Ruth Losada de Menezes pelas contribuições, pelo apoio nesses 2 anos e durante a graduação, pelas bibliografias, ensinamentos e pelas idéias que enriqueceram o trabalho e desenvolveram um censo crítico da realidade...

Aos idosos que fizeram parte deste estudo, pela disponibilidade e confiança em contribuir com suas valiosas informações, pela acolhida em suas casas e por terem compartilhado um pouco da sua existência...

A todas essas pessoas que participaram dessa obra prima da minha vida e com quem foi um prazer, lutar, chorar, sorrir, errar e vencer...

O meu muito obrigada!!!!

“Por certo, os que não obtêm dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade acharão execráveis todas as idades da vida. Mas todo aquele que sabe tirar de si próprio o essencial não poderia julgar ruins as necessidades da natureza. E a velhice, seguramente, faz parte delas! Todos os homens desejam alcançá-la, mas, ao ficarem velhos, se lamentam. Eis aí a incosequência da estupidez!”

Marco Túlio Cícero (103 – 43 A.C.)

Esta pesquisa está inserida no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES). Foi desenvolvida por integrantes da equipe de pesquisadores da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI), e contou com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	14
RESUMEN.....	15
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	20
• Geral.....	20
• Específicos.....	20
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
• O processo de envelhecimento.....	21
• Considerações gerais sobre a experiência dolorosa.....	22
• Epidemiologia da dor crônica na população em geral e em idosos.....	28
• Autopercepção do estado de saúde e dor crônica em idosos.....	33
4 METODOLOGIA.....	40
• Tipo de estudo.....	40
• População.....	40
• Amostra e amostragem.....	40
• Procedimento para seleção da amostra.....	41
• Estudo Piloto.....	41
• Coleta de dados: período, variáveis e operacionalização.....	41
• Seleção e treinamento dos entrevistadores.....	43
• Aspectos éticos e legais.....	43

• Análise dos dados.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
• Caracterização da amostra segundo variáveis sociais, econômicas e demográficas.....	45
• Prevalência de dor crônica autorrelatada pelos idosos segundo variáveis sociais, econômicas e demográficas.....	51
• Localização da principal dor crônica autorreferida.....	60
• Intensidade da principal dor crônica e autopercepção de saúde.....	64
6 CONCLUSÕES.....	72
7 REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	93
ANEXO.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos idosos segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas, por faixa etária. Goiânia, GO, 2010.....	46
Tabela 2: Distribuição dos idosos com e sem dor crônica segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas e autopercepção de saúde. Goiânia, GO, 2010.....	52
Tabela 3: Distribuição dos idosos que referiram dor crônica por faixa etária, segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas. Goiânia, GO, 2010.....	54
Tabela 4: Distribuição dos idosos segundo o local de dor crônica, gênero e faixa etária. Goiânia, GO, 2010.....	60
Tabela 5: Distribuição dos escores de intensidade da principal dor crônica (leve, moderada, forte, pior possível) segundo a faixa etária, gênero, locais de dor e autopercepção de saúde. Goiânia, GO, 2010.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer

FAPEG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

IASP – *International Association for the Study of Pain* – Associação Internacional para o Estudo da Dor

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MS – Ministério da Saúde

MUBDG – Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia

NHANES – *National Health and Nutrition Examination Survey* – Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição

NHIS – *National Health Interview Survey* – Inquérito Nacional de Saúde

NUTADIES – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

REVISI – Rede de Vigilância à Saúde do Idoso

SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe

SC – Setores Censitários

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* – Pacote Estatístico para Ciências Sociais

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

VAS – Escala Visual Analógica

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHS – Inquérito Mundial de Saúde

RESUMO

A dor crônica é uma experiência desagradável que atinge grande parte da população mundial, contudo, estudos populacionais com idosos são raros. O objetivo desse estudo foi analisar a dor crônica e a autopercepção de saúde entre idosos da comunidade. Estudo de base populacional, transversal, em Goiânia, Goiás, entre dezembro/2009 e abril/2010. Para este recorte, foram excluídos aqueles que alcançaram escores <13 no MEEM; e precisaram de ajuda para as respostas. A amostra probabilística constituiu-se de 872 participantes. Dor crônica foi considerada como existente há seis meses ou mais. A intensidade de dor foi medida por meio de escala numérica (0-10: zero=sem dor; 1,2,3,4=leve; 5,6=moderada e 7,8,9=forte; e 10=pior dor possível); a localização investigada por meio de diagramas corporais; e a autopercepção de saúde avaliada por escala de descritores verbais (“muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, “muito ruim”). O projeto foi aprovado pelo CEP/UFG (Protocolo 050/2009) e os idosos assinaram o TCLE. Os dados foram analisados pelo programa Stata versão 8.0 e explorados por meio de frequência absoluta e relativa e Intervalo de Confiança (95%). Dos 872 idosos, 460 (52,7%: IC 95%: 49,4%-56,1%) referiram dor crônica. Por faixa etária, a prevalência foi de 52,4%; 53,1% e 53,0%, respectivamente, entre jovens idosos (60-69 anos); idosos (70-79 anos); e muito idosos (80 anos ou+). As mulheres alcançaram maior prevalência de dor crônica (60,4%) que os homens (40,1%), prevalecendo entre os jovens idosos (57,6%/43,4%); idosos (62,8%/38,6%) e muito idosos (64,5%/33,9%). Dos idosos com dor crônica, 49,8% eram jovens idosos, 33,0% idosos e 17,2% muito idosos. A maior representação foi pelas mulheres (71,3%), sendo que 48,8% eram jovens idosas, 32,9% idosas e 18,3% muito idosas. Os casados prevaleceram entre jovens idosos (46,0%) e idosos (54,1%); e os viúvos (55,7%), entre os muito idosos. A renda \leq um salário mínimo prevaleceu entre idosos das 3 faixas etárias (32,1%; 56,4%; 50,7%) e escolaridade “primário” entre jovens idosos (48,0%), idosos (45,7%) e muito idosos (53,9%). Os locais de dor prevalentes foram: MMII (34,5%) e região lombar (29,5%); e 12,6% dos idosos referiu “pior dor possível”, 42,0% “dor forte”; 26,0% “moderada” e 19,4%, “leve”. Os jovens idosos (45,2%) e idosos (41,3%) relataram mais dor “forte”; e os muito idosos, “dor forte” (33,3%) e “pior dor” (20,3%). As mulheres relataram dor “forte” e “pior dor possível” (45,8%; 14,1%) com maior frequência que os homens; que relataram mais dor “leve” e “moderada” (27,1%; 32,2%). Quando a saúde foi percebida como “muito boa”, “dor moderada” (41,7%) e “leve” (33,3%) prevaleceram. Aqueles que perceberam sua saúde como “boa” relataram mais “dor leve” (33,9%) e quando a saúde foi “regular”, “ruim” e “muito ruim”, a maior frequência de relatos foi de dor “forte” (46,0%), “forte” (56,5%) e “pior dor possível” (60,0%), respectivamente. As estimativas de prevalência encontradas são semelhantes a outros estudos nacionais. A maioria dos idosos sofre dor crônica, de elevada intensidade, que afeta os MMII e a região lombar, especialmente das mulheres. Estudos de base populacional permitem identificar pontos de penetração para planejamento e implementação de estratégias que imprimam melhoria no cuidado à saúde dessa população.

Palavras-chave: Dor crônica; Idoso; Prevalência; Autopercepção de saúde.

ABSTRACT

Chronic pain is an unpleasant experience that reaches much of the world's population; however, population studies with the elderly are rare. The aim of this study was to assess chronic pain and self-rated health among community elders. Study population-based cross-sectional, in Goiania, Goias, December/2009 between April 2010 and. For this cut, we excluded those who reached < 13 on the MEEM scores, and needed help for the answers. The random sample consisted of 872 participants. Chronic pain was considered as existing for six months or more. Pain intensity was measured by using a numeric scale (0-10: zero=no pain, 1,2,3,4=mild, 5,6=moderate, and strong=7,8,9, and 10=worst pain possible) the location investigated through body diagrams, and self-rated health assessed by the scale of verbal descriptors ("very good", "good," "regular," "bad," "worst"). The project was approved by the CEP/UFG (Protocol 050/2009) and seniors signed the Informed Consent. The data were analyzed using Stata version 8.0 and operated by means of absolute and relative frequency and Confidence Interval (95%). Of the 872 elderly, 460 (52.7%: 95% CI: 49.4% -56.1%) reported chronic pain. By age, the prevalence was 52.4, 53.1 and 53.0%, respectively, among young elderly (60-69 years), elderly (70-79 years) and very elderly (80 or +). Women obtained higher prevalence of chronic pain (60.4%) than men (40.1%), prevailing among the young elderly (57.6/43.4%), elderly (62.8/38.6%) and very elderly (64.5/33.9%). The elderly with chronic pain, 49.8% were young elderly, 33.0% and 17.2% very elderly seniors. The increased representation of women was (71.3%), and 48.8% were young elderly, 32.9% and 18.3% elderly, very elderly. The marriage prevailed among young elderly (46.0%) and elderly (54.1%) and widowed (55.7%), among the very elderly. Income \leq minimum wage prevailed among the 3 elderly age groups (32.1; 56.4; 50.7%) and education "primary" among young elderly (48.0%), elderly (45.7%) and very elderly (53.9%). The sites of pain were prevalent: MMII (34,5%) and lumbar (29,5%) and 12.6% of seniors reported "worst possible pain," 42.0% "severe pain", 26.0% "moderate" and 19, 4%, "mild". The young elderly (45.2) and seniors (41.3%) reported more pain "strong" and the very old, "severe pain" (33.3%) and "worst pain" (20.3%). Women reported pain "strong" and "worst possible pain" (45.8; 14.1%) more often than men, who reported more pain "mild" and "moderate" (27.1; 32.2 %.) When health was perceived as "very good", "moderate pain" (41.7%) and "mild" (33.3%) prevailed. Those who perceived their health as "good" over reported "mild pain" (33.9%) and when his health was "fair", "bad" and "very bad", the highest frequency of reported pain was "strong" (46.0%), "strong" (56.5%) and "worst possible pain" (60.0%), respectively. The prevalence estimates found are similar to other national studies. Most elderly people suffer from chronic pain of high intensity, which affects the lower limbs and lower back. Population-based studies help us to identify penetration points for planning and implementing strategies that print improving health care in this population.

Keywords: Chronic pain; Elderly; Prevalence, Self-rated health.

RESUMEN

El dolor crónico es una experiencia desagradable que llega a gran parte de la población mundial, sin embargo, los estudios de población con edad avanzada son raros. El objetivo de este estudio fue analizar el dolor crónico y la percepción de la salud de los adultos mayores en la comunidad. Estudio de base poblacional, transversal, en Goiânia, Goiás, entre diciembre de 2009 y abril de 2010. Para este cultivo, se excluyeron los que llegó a < 13 en el MEEM, y necesitaba ayuda para las respuestas. La muestra aleatoria consistió de 872 participantes. El dolor crónico se considera como existente durante seis meses o más. La intensidad del dolor se midió utilizando una escala numérica (0-10: cero=sin dolor, 1,2,3,4=leve, 5,6=moderada y fuerte=7,8,9, y 10=peor dolor posible), la ubicación investigado a través de diagramas de cuerpo, y la autopercepción de la salud evaluados por la escala de descriptores verbales ("muy bueno", "bueno", "regular", "pobre", "pobre"). El proyecto fue aprobado por el CEP/UFG (Protocolo 050/2009) y seniors firmado el formulario de consentimiento informado. Los datos fueron analizados utilizando Stata versión 8.0 y explotado por frecuencia absoluta y relativa e intervalo de confianza (95%). De las 872 mayores, 460 (52,7%: 95% IC: 49,4%-56,1%) reportaron dolor crónico. Por grupos de edad, la prevalencia fue de 52,4, 53,1 y 53,0%, respectivamente, entre los ancianos jóvenes (60-69 años), personas de edad avanzada (70-79 años) y muy ancianos (80 años o +). Las mujeres lograron una mayor prevalencia de dolor crónico (60,4%) que los hombres (40,1%), predominando entre los jóvenes de edad avanzada (57,6/43,4%), personas mayores (62,8/38,6%) y de edad muy avanzada (64,5/33,9%). Las personas mayores con dolor crónico, el 49,8% eran jóvenes mayores, 33,0% y 17,2% mayores de edad muy avanzada. La mayor representación de las mujeres era (71,3%), y el 48,8% eran mayores jóvenes, 32,9% y 18,3% mayores, mucho mayores. El matrimonio se impuso entre los ancianos jóvenes (46,0%) y los mayores (54,1%) y viudas (55,7%), entre los muy ancianos. La renta \leq uno salario mínimo prevalecía entre los 3 grupos de edad mayores (32,1; 56,4; 50,7%) y la educación "primaria" entre los jóvenes de edad avanzada (48,0%), personas mayores (45,7%) y muy ancianos (53,9%). Los sitios de dolor eran frecuentes: MMII (34,5%) y la región lumbar (29,5%), y el 12,6% de los anciano informó que "el peor dolor posible", 42,0% "dolor severo", 26,0% "moderada" y 19,4%, "luz". Las personas de edad joven (45,2) y los mayores (41,3%) informaron más dolor "fuerte", y los muy viejos, "dolor severo" (33,3%) y "peor dolor" (20,3%). Las mujeres reportaron dolor "fuerte" y "el peor dolor posible" (45,8; 14,1%) con mayor frecuencia que los hombres, reportaron más dolor "leve" y "moderado" (27,1; 32,2%). Cuando la salud se percibe como "muy buena", "dolor moderado" (41,7%) y "luz" (33,3%) prevalecieron. Los que perciben su salud como "bueno", informó más "dolor leve" (33,9%) y cuando la salud es "justa", "pobre" y "muy mala", la mayor frecuencia de dolor reportado fue "fuerte" (46,0%), "fuerte" (56,5%) y "el peor dolor posible" (60,0%), respectivamente. Las estimaciones de prevalencia encontrados son similares a otros estudios nacionales. La mayoría de personas mayores que sufren dolor crónico de intensidad alta, lo que afecta a las extremidades inferiores y en la región lumbar. Los estudios basados en la población identificar los puntos de penetración para la planificación y la implementación de estrategias que imprimen la mejora en la atención de salud en esta población.

Palabras claves: Dolor crónico; ancianos; Prevalencia, Percepción de la salud.

1. INTRODUÇÃO

A dor é uma epidemia mundial e a crescente incidência dessa experiência em nossa sociedade deve-se a novos hábitos de vida, afecções crônico-degenerativas, modificações do meio ambiente, condições inadequadas de trabalho, variáveis psicológicas e longevidade (SALVETTI; PIMENTA, 2005; TURK; MELZACK, 2001; TEIXEIRA et al., 1999).

Pessoas mais velhas podem conviver com doenças musculoesqueléticas, que representam 40% das doenças crônicas e maioria das causas referentes a incapacidades, afetando a função física e a autonomia, aspectos que impactam negativamente a qualidade de vida (NÚÑEZ et al., 2006). Tais doenças podem desencadear eventos dolorosos e quando associadas ao câncer, procedimentos cirúrgicos, úlceras por pressão, doenças isquêmicas e cardiovasculares, situações comuns na velhice, contribuem com a exacerbação das queixas álgicas entre os longevos (DELLAROZA et al., 2008; GOMES; TEIXEIRA, 2007; FISHER et al., 2002; GLOTH, 2000).

Temporalmente, a dor pode ser classificada como aguda e crônica (HELME; GIBSON, 1997). A dor aguda é caracterizada por instalação súbita e de curta duração, cuja causa geralmente é mais facilmente determinada. Frequentemente é acompanhada de sinais neurovegetativos.

A dor crônica pode ser definida como contínua ou recorrente, não tem função biológica de alerta e proteção e muitas vezes a etiologia é incerta e o tratamento oneroso. Esse tipo de dor não desaparece com o emprego de procedimentos terapêuticos convencionais e constitui-se principalmente de reações musculoesqueléticas e psicocomportamentais que induzem incapacidade e repercussões biopsicossociais desfavoráveis (TEIXEIRA; MARCON; ROCHA, 2001; SMITH, 2001).

Dados epidemiológicos sobre a dor crônica são importantes para a tomada de decisões sobre a política de orçamentos e prioridades em saúde. Pacientes com dor crônica são difíceis de tratar (PERES et al., 2007) e os prejuízos biopsicossociais apontam a importância do planejamento de medidas para seu controle (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007). Estudo que investigou o impacto da dor na dimensão social mostrou que 59,1% dos pacientes referiram

algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares; 50%, nas atividades de lazer e no relacionamento familiar; 54,5% nas atividades domiciliares (OLIVEIRA, 2003). No idoso, condições médicas agudas, como infarto do miocárdio, úlcera duodenal, infecções intra-abdominais, apendicite e pancreatite, podem não causar dor exuberante e serem subdiagnosticadas (CELICH; GALON, 2009).

Segundo estimativas norte-americanas, a ocorrência de dor persistente em idosos não institucionalizados varia de 25 a 50% (FERREL; FERREL; OSTERWEIL, 1990).

No Brasil, estudos epidemiológicos mostraram prevalência de dor crônica em idosos não institucionalizados de 51,4% (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007); e de 58,0% (DELLAROZA et al., 2008), que comprometeu a qualidade de vida dessa população. Segundo Albuquerque (2005) a dor prevalece nas mulheres, pessoas mais velhas e com nível socioeconômico mais baixo, e Koleva et al. (2005) apontam maior ocorrência de dor somática, especialmente musculoesquelética, e dor visceral (a maioria de origem abdominal), particularmente entre as mulheres.

Teixeira et al. (2003) mostraram que cinquenta por cento das consultas médicas são realizadas devido a queixa de dor crônica e 50% das pessoas que vivenciam essa experiência podem ficar incapacitadas. Há fortes evidências de que um significativo número de idosos sente dor crônica que interfere em sua capacidade funcional. Apesar disso, ainda há concepções errôneas de que a dor é consequência esperada ou normal no processo do envelhecimento (MARTINEZ; MACEDO; PINHEIRO, 2004).

Quanto à localização da dor crônica em idosos, estudos apontam diferenças em seus achados, no entanto, são comuns os relatos de dor nos membros inferiores e superiores, costas (região lombar), pescoço e articulações, além de face, abdome, joelho, quadril, tórax, reto e outros locais (DELLAROZA et al., 2008; DELLAROZA, PIMENTA e MATSUO, 2007; KOLEVA et al., 2005; THOMAS et al, 2004; BECKER et al., 1997). A escolaridade dos idosos que relatam tal experiência é baixa sendo que 88,2% e 51,9% deles apresentaram apenas ensino fundamental incompleto segundo Silva (2007) e Farenzena (2007), respectivamente.

Intensidade de dor crônica é outro elemento que tem recebido a atenção dos estudiosos. Não é tão simples de mensurar uma vez que envolve aspectos relacionados à definição de vários graus de intensidade e escolha de instrumentos de medida válidos e fidedignos. Indivíduos com dor crônica intensa podem

apresentar problemas sociais, dificuldade para desenvolver as atividades diárias, absenteísmo, isolamento e desesperança necessitando de tratamento prolongado e oneroso para os equipamentos de saúde. Estudos têm apontado medidas de intensidade de dor que variam de moderada a intensa para a dor crônica, medida por meio de vários tipos de instrumentos (DELLAROZZA; PIMENTA; MATSUO, 2007; ROWBOTHAM, 2001; BECKER et al., 1997).

Idosos com dor crônica podem relatar saúde pior quando comparados a aqueles que não convivem com tal experiência (SMALBRUGGE et al., 2007), logo, avaliar a autopercepção de saúde nessa população é fundamental. Entre os vários indicadores recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde), um dos mais usados em pesquisas em gerontologia é a autopercepção de saúde, pois contempla aspectos da saúde física, cognitiva, emocional, de suas expectativas e seus referenciais de comparação (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA, 2008; HOEYMANS et al., 1997).

A autopercepção de saúde apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde. Sua ampla utilização decorre ainda da facilidade de aplicação e operacionalização (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA, 2008; SZWARCOWALD et al., 2005; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004; DACHS, 2002).

Blyth et al. (2001) mostraram que dor crônica associou-se significativamente a variáveis como nível de ensino concluído, não possuir seguro de saúde privado, receber benefício por invalidez ou subsídio por desemprego, estar desempregado por motivos de saúde e ter autopercepção de saúde ruim.

A autopercepção de saúde do idoso é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo a idade, o gênero, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros. Diversos estudos demonstram uma correlação da autopercepção de saúde com as variáveis demográficas e socioeconômicas e com outras medidas de condição de saúde, como as doenças crônicas, a capacidade funcional e a dor (SMALBRUGGE et al., 2007; BARAON-EPEL; KAPLAN, 2001).

Apesar da magnitude da dor no Brasil ainda há poucos estudos que abordam essa temática entre os idosos da comunidade, especialmente aqueles com dor crônica. Estudos de base populacional são ainda mais raros, apontando a

importância do presente estudo. Adicionado a isso, não há dados sobre o padrão de ocorrência de dor entre idosos nas diferentes faixas etárias, o que representa lacunas de conhecimento na área. Tal fato viabilizará a sensibilização de profissionais da área de saúde para o problema dor em idosos, a criação de serviços, o planejamento de programas e a alocação de recursos humanos e materiais com vistas ao controle da dor crônica nessa população.

A investigação de condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações da experiência dolorosa reveste-se de grande importância científica e social, além de possibilitar o uso de alternativas de intervenção, visando o bem-estar dessa população.

Tendo em vista que a Política do Idoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) é uma prioridade dentro do Pacto pela Saúde, a realização de estudo de dor crônica em idosos assume importância para o planejamento das ações para o cuidado ao idoso com dor crônica.

A caracterização da população idosa com dor crônica e a identificação de necessidades fornecerão dados para a alocação adequada de recursos humanos e financeiros e para o planejamento de políticas públicas cujo foco seja a melhoria das condições de vida do idoso, garantindo-lhe autonomia e independência.

A dor crônica, como um problema de saúde pública, é capaz de acarretar sérios prejuízos individuais e socioeconômicos e aumentar a morbidade entre os idosos. Assim, este estudo foi desenvolvido e teve como propósito contribuir com os conhecimentos sobre ocorrência de dor e avanço da idade entre os idosos, buscando reduzir situações em que a ocorrência de dor incapacitante seja entendida e aceita como parte normal do processo de envelhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar o padrão da dor crônica autorreferida entre idosos não institucionalizados de uma capital brasileira.

2.2. Específicos

1 Caracterizar os idosos não institucionalizados de uma capital brasileira segundo variáveis socioeconômicas e demográficas.

2 Estimar a prevalência de dor crônica autorreferida entre idosos.

3 Identificar a prevalência de locais de dor crônica autorreferida entre idosos, por faixa etária e gênero.

5 Estimar a prevalência de relatos de dor leve, moderada, forte e pior possível segundo a faixa etária, gênero, locais de dor e autopercepção de saúde.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. O processo de envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e em países em desenvolvimento, como o Brasil, essa transição foi vertiginosa e alguns agravantes tornam-na ainda mais complexa, colocando o idoso numa situação de vulnerabilidade (VERAS, 2009; PAPALÉO NETTO, 1999).

Nunca houve, na história da humanidade, tanta chance de envelhecer. Na segunda metade do século XX, nenhuma faixa etária cresceu tanto quanto a dos idosos. Autores como Veras (2007) referem que, em nosso país, enquanto a população geral cresce em cinco vezes, o grupo de idosos estará se ampliando em dezesseis vezes, num período de 70 anos (1950 a 2020).

Todo esse processo de transição demográfica tem acontecido graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos, bem como ao processo de urbanização. Paralelamente a esses acontecimentos a população passou a ter acesso a vacinas, antibióticos, serviços de saúde e saneamento básico, exames complementares que contribuíram para adoção de medidas de prevenção e cura de muitas doenças infectocontagiosas até então fatais, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida, um crescente aumento da longevidade da população sendo agora substituída pelas doenças crônicas não transmissíveis (DAVIM et al., 2004).

O processo de transição epidemiológica, que se refere às modificações de padrões de morbidade, invalidez e morte, caracteriza-se por três tipos de mudanças: diminuição da mortalidade e aumento das morbidades, substituição das doenças transmissíveis pelas não transmissíveis e causas externas, e deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos jovens para os grupos mais idosos (FRENK, 1991).

A mudança observada na pirâmide populacional acarreta consequências na estrutura onde os idosos estão inseridos, ou seja, na família, no mercado de trabalho, na política econômica, organização e metas dos serviços de saúde e sociais. Ademais há incorporação de novas demandas afetivas, psicológicas, de saúde, educação, lazer, acessibilidade, previdência e assistência social para as quais as famílias, a sociedade e o Estado não tiveram tempo de se preparar adequadamente (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O envelhecimento é uma etapa decorrente do ciclo de vida, um processo universal e natural para praticamente todos os seres vivos da mesma espécie. Recentemente, muitos aspectos que permeiam o processo de envelhecimento foram englobados e definidos como passíveis de uma abordagem multidimensional. Neste ângulo, além dos aspectos físicos, são considerados os aspectos funcionais e psicológicos, inclusive as condições socioeconômicas e os fatores ambientais (PAPALÉO NETTO, 2002).

Camarano (2005) esclarece que o envelhecimento é um processo dinâmico que pode envolver perdas no plano biológico, social, afetivo e político, trazendo vulnerabilidade, diferenciadas por gênero, idade, raça, grupo social, regiões geográficas, entre outras variáveis. Tais vulnerabilidades são afetadas pelas capacidades básicas (o indivíduo nasce com elas), pelas adquiridas ao longo da vida (facilidade/dificuldade de acumulação de capital humano, social) e pelo contexto social em que os indivíduos se encontram.

Paschoal (1996) define vários tipos de envelhecimento: biológico, social, intelectual, econômico, cronológico e funcional.

O envelhecimento biológico é um processo contínuo, que acontece ao longo da vida dos seres vivos. Já o envelhecimento social é determinado pelo contexto cultural e, principalmente, pelas condições de vida e trabalho as quais o indivíduo foi submetido e que em certo momento da vida não mais farão parte (PASCHOAL, 1996).

O envelhecimento intelectual é marcado pela presença das falhas de atenção e memória e pelas dificuldades de orientação, concentração e aprendizado, quando comparados com as capacidades intelectuais anteriormente referidas. Já o envelhecimento econômico se dá a partir do desligamento ou exclusão do indivíduo do mercado de trabalho, ou seja, quando ele deixa de ser economicamente ativo junto às despesas familiares e sociais (PASCHOAL, 1996).

Segundo convenções sociodemográficas atuais, o envelhecimento cronológico é definido pela idade do sujeito, num corte de 65 anos para países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento, como o Brasil (NERI, 2001).

O envelhecimento funcional inicia quando o indivíduo apresenta um declínio da saúde física e mental e a depender de outros para o cumprimento de suas

necessidades básicas ou de tarefas cotidianas. Pode ser quantificada através da mensuração da capacidade funcional do idoso (PAPALÉO NETTO, 2002).

Com o transcorrer do tempo todos os seres vivos passam por um processo progressivo de transformações morfofuncionais e moleculares. Nos humanos essas transformações são responsáveis pelo declínio das funções orgânicas e da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, o que pode propiciar o aparecimento de diversas doenças associadas à herança genética, ao estilo de vida pouco saudável e aos fatores psicossociais, culturais e ambientais. Nesta perspectiva, o envelhecimento humano é um processo contínuo ao longo do tempo, caracterizado pela inter-relação entre crescimento (ganhos) e declínio (perdas), gerando capacidade adaptativa (PAPALÉO NETTO, 2002).

Albuquerque (2005) destaca que três aspectos devem ser observados dentro do processo de envelhecimento e ingresso na terceira idade e conseqüente definição para tal, o bem-estar biológico (fragilidade e/ou invalidez), psicológico (redução da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento). Coloca ainda que associar envelhecimento à idade cronológica, aproximando-o assim do conceito de longevidade, permite apenas uma percepção grosseira deste processo, eximindo o caráter social e histórico envolvidos nesse processo.

Quanto aos aspectos biológicos, há certa dificuldade em mensurar como se processa o envelhecimento, visto que ele acontece desde o início da vida do indivíduo até a sua morte. Doll (2006) relata que há controvérsias não somente sobre o início da velhice (60 anos ou mais) como também sobre a definição do processo de envelhecimento. As idades podem oscilar para mais ou para menos, mas não ficam jamais distantes desses marcos referenciais.

Sabe-se que o organismo humano, desde a sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. Nessas fases é possível identificar marcadores físicos e fisiológicos de transição. O envelhecimento manifesta-se por um declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tendem a ser lineares em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases. Tem início ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo, sendo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 1999).

Ainda sobre a definição do processo de envelhecimento, pode-se dizer que o envelhecimento envolve a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 1999).

A velhice na maioria das vezes, não se caracteriza como um período de independência e saúde. Ao contrário, caracteriza-se pela alta incidência de doenças crônicas e degenerativas que, muitas vezes, resultam em elevada dependência. Muitos desses quadros são acompanhados por dor e, em significativa parcela deles, a dor crônica é a principal queixa do indivíduo, fato que pode interferir de modo acentuado na qualidade de vida dos idosos (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Isto posto, a dor merece a devida atenção por parte dos profissionais de saúde que trabalham com o processo de envelhecimento, mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos. É necessário visualizar que determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos (LACERDA et al., 2005) e um dos problemas frequentemente decorrentes dessas enfermidades nessa população é a dor crônica (LACERDA et al., 2005; GATTO, 1999).

3.2. Considerações gerais sobre a experiência dolorosa

A dor sempre foi uma das grandes preocupações da humanidade. Desde os primórdios da civilização, como sugerem alguns escritos gráficos da pré-história e os vários documentos escritos posteriormente, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência da dor e os procedimentos destinados ao seu controle. Apesar de se tratar de fenômeno universal, não é expressa do mesmo modo em todas as culturas e pode não ser sentida de modo idêntico por todos os indivíduos. A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas, independentemente assim dos elementos anatômicos e fisiológicos envolvidos, existe também um valor antropológico em que a dor é aprendida numa série complexa de valores culturais, remetendo-a para uma ordem simbólica e não para uma ordem puramente biológica. É difícil para alguém descrever a própria dor e impossível conhecer exatamente a experiência de dor da outra pessoa (MADIGAN; RAJ, 2000).

A avaliação da dor ainda hoje é controversa, pois para a sua mensuração ainda não se desenvolveu medida ideal. Apesar da possibilidade de se definir seus limites, as incapacidades, os déficits, a relação entre dor experimental e clínica os métodos são frequentemente incongruentes, tornando questionáveis as escalas e inventários desenvolvidos para avaliá-la (CARNEIRO, 2000).

Caracterizada como uma emoção desagradável, que gera sofrimento, a partir do momento em surge a dor suscita a primeira reação, ou seja, a sua recusa. A expressão da dor engloba um conjunto de manifestações verbais e não verbais, tais como queixas, gemidos, mímicas, posturas protetoras. A percepção da dor atual é influenciada pelo passado doloroso do sujeito, pelas dores dos outros, que ficaram na sua memória (PIMENTA, 1999).

De acordo com Melzack (1999) a dor é subjetiva, individual, modificada por níveis de atenção e por aspectos emocionais e influenciada por experiências passadas, sendo assim, aspectos psicológicos e sociais são fatores centrais na experiência da dor e no comportamento do indivíduo associado a ela. Falar em dor implica na representação de um fenômeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a extensão do sofrimento. Neste sentido, a dor passa a ser entendida como uma experiência multidimensional com componentes sensitivos, afetivos e cognitivos, que interagem e contribuem para a resposta dolorosa final. Muito para além da sensação ela é uma percepção moldada pela personalidade de quem a vive e pelos contextos sociais que a rodeiam. Gallagher (1999) relata ainda que a dor é um sintoma difícil de ser avaliado por ser uma experiência subjetiva e por sofrer diversas influências, incluindo fatores ambientais, emocionais, comportamentais e sociais.

A dor pode ser entendida como uma experiência desagradável relacionada a um dano tecidual atual ou potencial, no entanto existe grande dificuldade em se estabelecer um conceito único de dor, uma vez que a experiência dolorosa possui um componente individual e subjetivo que dificulta a elaboração de definições abrangentes e amplamente aceitas no meio científico (AUGUSTO et al., 2004; TEIXEIRA, 1997).

Segundo o Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain [IASP], 2005) dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, descrita em termos de

lesão tecidual potencial ou real, podendo ser interpretada como uma evidência de comprometimento da integridade física e/ou emocional do indivíduo. Frequentemente associada ao sofrimento ou desconforto, a dor deixou de ser entendida como uma simples sensação, e hoje é reconhecida como uma experiência sensitiva complexa, modificada pelas características da memória, das expectativas e das emoções de cada um. Esta definição busca contemplar a maior universalidade na explicação da dor combinando seus vários aspectos que são: a dimensão sensitiva-discriminativa, relacionada a um dano tecidual definido em termo de tempo e espaço; a dimensão afetiva-emocional, contendo a característica aversiva da dor; e a dimensão cognitiva-avaliativa, que contribui e quantifica o conteúdo simbólico e individual da dor (PARMELLE; SMITH; KATZ, 1993).

Em geral, a dor pode ser aguda ou crônica, de acordo com o tempo de ocorrência. A dor aguda apresenta duração menor, estando presente enquanto o tecido e/ou órgão estiver em processo de revitalização. A dor crônica por sua vez perdura além do tempo necessário para a cicatrização do dano. Estabelecer a diferença entre os tipos de dor existentes é importante para caracterizar a queixa, determinar os mecanismos básicos que contribuem para o desencadeamento da experiência dolorosa e, por conseguinte, adequar as ações terapêuticas (HELME; GIBSON, 1997).

Quanto a etiopatogenia a dor pode ser do tipo visceral, somática, neuropática, psicogênica e mista (AMERO et al., 2004; TEIXEIRA, 1997).

A dor somática apresenta-se quando ocorre qualquer dano que estimule os receptores de dor, ou seja, quando há uma elevada quantidade de substâncias algioênicas e intensa estimulação das fibras nociceptivas, mais frequentemente em situações de inflamações, traumas ou isquemias, sendo também denominada nociceptiva. Esta pode ser somática – superficial (origem na pele ou tecidos) ou profunda (origem nos ossos, articulações e músculos), ou visceral – tem origem nas vísceras nomeadamente no trato gastrointestinal e pâncreas, acontecendo quando há agressão a algum dos órgãos, podendo ser referida à distância do local acometido (FERRELL, 1991).

A dor neuropática ocorre quando algum dano acomete o sistema nervoso central ou periférico, resultando em lesão das vias nociceptivas ascendentes e moduladoras descendentes. A dor psicogênica está presente em casos onde há dificuldade em localizar a dor e queixas sem haver dano tecidual ou cura desse

dano. É uma dor para a qual não se encontra uma base física, e de difícil avaliação e tratamento. Resulta de uma alteração no processamento da dor nas áreas superiores do sistema nervoso central (AUGUSTO et al., 2004; HELME; GIBSON, 1997; FERRELL, 1991).

Por fim, a dor mista é aquela que decorre dos mecanismos citados anteriormente, com componentes nociceptivos e neuropáticos. Ocorre, por exemplo, em certos casos de dor por neoplasia maligna, quando a dor é desencadeada tanto pelo excessivo estímulo dos nociceptores quanto pela destruição das fibras nociceptivas (PORTO, 2000; PIMENTA, 1999).

Há controvérsia quanto à intensidade e expressão da dor entre os indivíduos. Numerosos fatores, portanto, podem gerar um quadro algico. Isto irá depender de componentes individuais, ambientais, culturais, biológicos, fisiológicos, estado mental e experiência pregressa. Essa multifatorialidade torna difícil tanto à conceituação quanto à avaliação da dor (MAGNI; MARCHETTI; MORESCHI, 1993).

Existem algumas características definidoras da existência da dor, dentre as quais podemos citar o relato verbal ou codificado; gestos protetores; expressão facial; distúrbio do sono; respostas autonômicas (diaforese, alterações dos sinais vitais, dilatação pupilar); comportamento expressivo (gemência, agitação, choro, irritabilidade); mudanças na alimentação; aparência abatida; interação reduzida com o ambiente (CHAVES, 2004).

Nos idosos, a dor crônica tem alta prevalência, no entanto, só começou a receber atenção dos estudiosos e clínicos há poucos anos atrás. Essa temática pode ter sido abandonada, em parte, pela amplamente difundida crença de que os idosos são menos sensíveis à dor e que a dor é uma consequência normal e esperada do envelhecimento, sendo desnecessário o tratamento. No entanto, não há provas convincentes de que uma maioria significativa de pessoas com experiências da dor possa ser considerada como algo normal nesta faixa etária. Cumpre salientar que os idosos relutam reportar a dor porque acreditam que ter dor é natural do envelhecer ou porque associam dor às doenças graves, ou mesmo, à morte (MELZACK, 1999).

Na terceira idade a dor crônica pode apresentar importantes complicações incluindo alterações da marcha, quedas, processo de reabilitação lento, polifarmácia, disfunção cognitiva e desnutrição, condições geriátricas comuns que podem ser

agravadas pela presença e pelo tratamento inadequado da dor (BARRO, 2004; MAGNI; MARCHETTI; MORESCHI, 1993).

Sendo a dor um fenômeno complexo e multideterminado a sua avaliação e tratamento devem considerar os aspectos da lesão tecidual, do substrato emocional, cultural, ambiental e das respostas advindas do quadro algico. Uma vez que estes aspectos são indissociáveis, as intervenções para o controle da dor devem seguir o modelo multimodal, exigindo uma abordagem interdisciplinar (BARRO, 2004).

As consequências biopsicossociais da dor crônica enfatizam a importância do dimensionamento da sua prevalência visando ao planejamento de medidas para seu controle e tratamento.

3.3. Epidemiologia da dor crônica na população em geral e em idosos

A prevalência de dor crônica alcança índices que variam de 10,0 a 30,0%, no entanto, segundo Breivik et al. (2006) essas taxas podem chegar a 50,0%. Nos Estados Unidos, Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES) mostrou dados de 10.291 entrevistados maiores de 20 anos e prevalência de dor crônica generalizada (presente há um tempo maior ou igual a três meses) de 4,0% e de dor crônica localizada, 11,0% (HARDT et al, 2008).

Na Dinamarca, dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontaram prevalência de dor crônica de 20,2%. Participaram 5.292 indivíduos, sendo 17,7% homens e 22,4% mulheres, os solteiros, divorciados, separados, viúvas foram mais propensos a relatar dor crônica do que as pessoas casadas; a dor crônica diminuiu com o aumento do número de anos de educação (SJOGREN et al., 2009).

Na Austrália, estudo populacional conduzido com amostra aleatória de 17.543 pessoas entrevistadas por telefone, encontrou prevalência de dor crônica de 17,0% entre os homens e de 20,0% entre as mulheres. Para os homens, a prevalência atingiu o pico de 27,0% no grupo etário 65-69 anos e foi superior na faixa etária 55-69 anos. Para as mulheres, a prevalência atingiu o pico de 31,0% no grupo mais idoso (80-84 anos) e foi consistentemente mais elevada após a idade de 50 anos em comparação com grupos etários mais jovens. Na faixa etária 55-59 anos em ambos os gêneros os entrevistados relataram algum grau de interferência nas atividades diárias causadas pela dor (BLYTH et al., 2001).

Um levantamento realizado por telefone em estudo conduzido na Europa (15 países) e Israel, com ajuda de computadores, contou com amostra de 46.394 pessoas (56,0% mulheres e 44,0% homens) e estimou-se prevalência de dor crônica de 12,0% a 30,0%, sendo mais elevada na Noruega (30,0%), Polônia (27,0%) e Itália (26,0%) e menor na Espanha (12,0%), Irlanda (13,0%) e Reino Unido (13,0%). Dos participantes, 19,0% referiu dor moderada ou severa, (BREIVICK et al., 2006), mostrando que a dor crônica pode alcançar elevada intensidade e tornar-se incapacitante.

Trinta e quatro por cento da população idosa referiu pelo menos um tipo de dor, qualificada como *contínua*, com prevalência de uso de analgésicos em torno de 40,0 a 50,0%. Considerando o grupo de idosos institucionalizados, estatísticas norte-americanas mostraram que a prevalência de dor crônica varia de 45,0% a 80,0% (BARR, 2002; BRUMMEL-SMITH et al., 2002; HERR; GARAND, 2001; STEIN; FERRELL, 1996).

A alta prevalência de dor crônica na população idosa é preocupante, pois essa experiência associa-se a incapacidade funcional e dependência para a realização das atividades cotidianas, gerando custos diretos e indiretos para os idosos, para aqueles que com eles convivem e para os serviços de saúde (BARR, 2002). Ademais, o déficit no condicionamento físico, as alterações da marcha, as quedas, o processo de reabilitação lento, a polifarmácia, a disfunção cognitiva e a desnutrição, condições geriátricas comuns, podem ser agravadas pela presença de dor, contribuindo com o sofrimento desnecessário (KOVACH, et al., 2002).

Principal causa de exacerbação das manifestações de sintomas como alterações no padrão de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, alterações no sono, humor, autoestima, restrições na capacidade para as atividades sexuais, familiares, profissionais e sociais, a dor crônica tem ganhado a atenção dos estudiosos nos últimos anos (TEIXEIRA, 2003; PIMENTA, 2001).

Teixeira e Figueiró (2001) apontam que o ápice da prevalência de dor crônica em geral, parece refletir o balanço entre o comprometimento da função nociceptiva no sistema nervoso com as questões pessoais existentes na terceira idade.

Com a alta prevalência de dor crônica é essencial entender o processo doloroso no idoso para se encontrar a melhor estratégia de atendimento (KEMP; ERSEK; TURNER, 2005).

Essa prevalência de dor também alcança índices elevados nas diferentes populações e grupos populacionais. Thomas et al. (2004), em estudo transversal, realizado por inquérito postal, em North Staffordshire, com 7.878 pessoas com idades acima de 50 anos (56,1% mulheres e 43,9% homens), encontraram prevalência de dor (sentida nas últimas 4 semanas) de 72,4%. Outros autores, como Blomqvist e Edberg (2002), Grimby et al. (1999), também afirmaram que entre 60,0% e 85,0% dos idosos que participaram de seus estudos apresentam algum tipo de dor.

O estudo IOWA 65+ mostrou que, dos 3.097 dos indivíduos entrevistados em seus domicílios, 80,0% eram idosos não institucionalizados, com 65 anos ou mais, que viviam em dois condados rurais no centro-oeste de Iowa (cerca de metade com idade entre 65-74 anos, um terço entre 74-85 anos, e mais de 33% com 85 anos ou mais). Destes, 86,3% relataram sentir dor de algum tipo no ano anterior à entrevista e a maioria (79,0%) pertencia à faixa etária de 85 anos ou mais. A prevalência de dores múltiplas foi de 59,0%, com a menor frequência (52,0%) entre os idosos com 85 anos ou mais. As mulheres relataram dor generalizada (60,6%) que os homens, no entanto, a diferença não foi estatisticamente significativa. A associação entre prevalência de dor em geral e idade e gênero não foi estatisticamente significativa (MOBILY et al., 1994).

Em Taiwan, China, estudo transversal envolvendo 219 idosos da comunidade com média de idade de 74 anos encontrou prevalência de dor crônica de 42,0%, sendo 60,9% de mulheres e 39,1 de homens (YU et al., 2006).

No Brasil, estudos realizados na região Sul do país mostraram prevalência de dor crônica em idosos de 51,4% a 67,7%. Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007), em estudo transversal, com o objetivo de determinar a prevalência da dor crônica em idosos servidores municipais de Londrina e caracterizar a experiência dolorosa, entrevistaram 451 idosos (>60 anos) em seus domicílios e estimaram uma prevalência de 51,4%. Das variáveis sócio-demográficas analisadas, somente o gênero associou-se à presença de dor.

Dellaroza et al. (2008), em estudo do tipo transversal descritivo realizado na cidade de Londrina (PR), com 172 idosos (101 mulheres e 71 homens), estimaram

prevalência mais alta de dor crônica (62,2%). Os achados mostraram que entre os indivíduos da faixa etária de 60 a 69 anos, a prevalência foi de 58,0% e no grupo de 80 anos ou mais, 100% apresentavam essa dor. Para grande parte dos idosos a dor era diária, contínua, de alta intensidade, capaz de gerar efeitos deletérios na saúde e no bem-estar biológico, psicológico e espiritual. Panazzolo et al. (2007) encontraram prevalência de dor crônica entre 245 idosos moradores do Conjunto Cabo Frio, Londrina (PR), de 67,7%, mais próxima ao achado de Dellaroza et al. (2008). As mulheres também foram mais acometidas (69,6%) do que os homens (40,4%). No estudo do tipo transversal de Celich e Galon (2009) a prevalência de dor crônica (6 meses ou mais) foi de 56,3%. Participaram do estudo 78 idosos da comunidade Cruzaltense (RS), com idades entre 60 e 83 anos, com maior representação pelas mulheres (59,3%) contra 40,7% dos homens. Com relação ao estado civil atual, predominam os idosos casados (55,6%) com um percentual significativo de viúvos (40,7%). Com referência a escolaridade 63,0% não conseguiu completar o ensino fundamental e 37,0% eram analfabetos.

Na região centro-oeste do Brasil outros pesquisadores realizaram um estudo sobre a ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade de Goiânia (GO), e estimaram prevalência de 62,5%. Para os pesquisadores, a dor crônica configurou-se como um diagnóstico frequente entre os idosos entrevistados, envolvendo múltiplas características definidoras e fatores relacionados ligados ao processo de envelhecimento mal sucedido ou às morbidades próprias de longevos (LACERDA et al., 2005).

Em São Paulo (SP), na cidade de Sorocaba, Martinez et al. (2004) encontraram predomínio das mulheres. Quanto à intensidade da dor não houve diferenças importantes sendo que a maioria dos pacientes apontava dor moderada à severa. Em relação aos fatores de melhora ou piora, observaram-se aqueles já referidos na literatura como mais frequentes: emocional, clima, esforço físico e nível de atividade física.

A dor crônica representa um importante problema de saúde pública, e por meio de estudos epidemiológicos tem sido possível a análise da distribuição e características dessa experiência, em populações ou grupos populacionais. Tal fato contribui na caracterização da história natural das doenças, seu surgimento, sua duração, recorrência, mortalidade, suas complicações e incapacidades e na argumentação para a organização de programas de prevenção e tratamento,

identificação e definição de síndromes específicas, além de descrição dos aspectos clínicos das doenças e condições (CROMBIE; DAVIES, 1999).

A Sociedade Internacional para estudo da Dor (IASP, 2005) classificou mais de 600 condições álgicas, que compreendem 36 condições dolorosas generalizadas, 66 síndromes acometendo a cabeça e a região cervical; outras 35 nos membros superiores; 154 na região da coluna cervical e dorsal; 136 na região lombar, sacral e coccígea espinal e radicular; 85 no tronco; e 18, nos membros inferiores (PARMELLE; SMITH; KATZ, 1993).

Localizar a dor crônica poderá contribuir na identificação dessas condições álgicas. Em Estocolmo, Suécia, estudo longitudinal que enfocou aspectos clínicos, psicológicos e sociais do envelhecimento em amostra de 1800 pessoas com idade acima de 75 anos, mostrou que 75,0% dos idosos tinham entre 75-85 anos, e menos de 10,0% mais de 90 anos de idade. Sessenta e dois por cento relataram problemas com dor musculoesquelética. Dor nos ombros e nas extremidades prevaleceu, seguido de dores nas costas e articulações. A prevalência de dor musculoesquelética foi significativamente maior para mulheres do que para os homens em todos os locais referidos. Mulheres com idade entre 90 anos e acima relataram significativamente menos dor nas costas do que as mulheres dos grupos etários mais jovens. Houve ainda uma diminuição da prevalência de dor nas articulações com o aumento da idade. A maior frequência de relatos de dor em múltiplos locais pelas mulheres, em relação aos homens, foi estatisticamente significativa (GRIMBY et al., 1999).

Thomas et al. (2004) observaram que os locais prevalentes por faixa etária foram a região lombar (35,9%) na faixa de 50-59 anos; dor no joelho (37,7%, 35,4% e 37,6%) para os idosos na faixa etária de 60-69, 70-79 e 80 ou mais, respectivamente. Os autores afirmam que a prevalência de dor crônica em alguns locais de dor diminuem com o avanço da idade, enquanto em outros aumenta.

Outro estudo realizado na Suécia com 90 idosos, com média de idade de 85 anos, que recebiam auxílio da equipe de enfermagem em suas residências mostrou que a localização da dor referida pela maioria dos idosos (84,0%) foi nas pernas, seguido de dor nas costas (67,0%) e dor nos braços (47,0%) (BLOMQVIST; EDBERG, 2002).

No Brasil, Dellaroza et al. (2008) observaram que para grande parte dos idosos que participaram da pesquisa os episódios de dor eram diários, a dor

contínua e predominantemente localizada nos membros inferiores. Os autores mostraram que a prevalência de dor crônica por local foi distribuída com prevalência nos membros inferiores (31,4%), região dorsal (30,2%), região de ombros e membros superiores (11,0%), região cefálica e região abdominal (7,5%), dor em região torácica e generalizada (4,6%) e na região cervical de 3,4%.

Dellaroza et al. (2007) também investigaram os locais de dor referidos pelos idosos com dor crônica, e os mais prevalentes foram a região dorsal (21,7%) e os membros inferiores (21,5%). A dor na região dorsal foi avaliada como de intensidade moderada por 42,7% dos idosos. A dor nos membros inferiores e dor generalizada foram avaliadas por 35,0% e 38,4% dos idosos como de intensidade moderada. Celich e Galon (2009) também encontraram maior prevalência de dor crônica na coluna lombar (44,4%). Os autores mostraram que 85,1% dos idosos referiram dor de intensidade moderada-alta.

3.4. Autopercepção do estado de saúde e dor crônica em idosos

O Brasil deparou-se com declínio rápido e acentuado da fecundidade nas últimas décadas do século XX que, combinado à queda da mortalidade, acarretou um rápido processo de envelhecimento populacional gerando uma busca por indicadores simples da condição de saúde, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde quanto em estudos para diagnóstico. Esse cenário aponta sucesso em áreas de conhecimento como a saúde pública, e traz novos desafios, pois a proporção de idosos no País está relacionada à demanda aos sistemas públicos de saúde e seguridade social. Sendo assim, o novo desafio da saúde pública é fazer com que a população viva de forma mais saudável e não apenas por mais tempo, apesar dos efeitos cumulativos associados ao processo de envelhecimento ou das doenças (ALVES; RODRIGUES, 2005).

O processo saúde-doença é dinâmico e reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são cruciais para se estudar a percepção do estado de saúde. As desigualdades sociais podem ser examinadas por meio de avaliação dos indicadores de saúde de determinada população. Em geral, os mais utilizados são os relativos à mortalidade e a morbidade referida (GOMES; TANAKA, 2003).

Os indicadores de saúde são importantes para avaliação das condições de saúde quando a população é homogênea. São amplamente utilizados para estudar a

demanda por serviços de saúde, avaliar as condições de saúde populacionais e as políticas de saúde, e auxiliar na formulação de novas propostas de saúde pública. Em acréscimo, essa avaliação desses indicadores apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde e estudos longitudinais mostram que o percentual de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim associa-se com a mortalidade (PINHEIRO et al., 2002; MACKENBACH et al., 1994).

Entre os indicadores utilizados para avaliação de saúde apontamos a autopercepção de saúde, que apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde (GOMES; TANAKA, 2003).

A autopercepção de saúde é uma variável não utilizada na clínica, mas muito utilizada em trabalhos científicos devido à forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviços médicos. Tem sido associada com mortalidade independente das doenças crônicas referidas e dos fatores socioeconômicos, sendo essa associação mais forte que qualquer outra obtida de variáveis objetivas. Isso aponta a importância no cuidado aos pacientes idosos por estarem mais propensos a sofrerem prejuízos em sua saúde, levando estudiosos a abordarem a população idosa em seus variados aspectos (KUBZANSKY et al., 1998).

Nos últimos anos, países desenvolvidos e em desenvolvimento têm experimentado crescimento da mortalidade por doenças crônicas que, em geral, afetam a população idosa com maior frequência. Tais doenças causam limitações ou dificuldades que influenciam a habilidade relativa às atividades habituais, levando à diminuição da qualidade de vida e ao aumento dos custos da assistência a saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Nos Estados Unidos, dados do National Health Interview Survey (NHIS), o percentual de indivíduos que autoperceberam seu estado de saúde como regular ou ruim foi de 9,5% em 1987 e de 12,2% em 2002 (LETHBRIDGE-CEJKU; SCHILLE; BERNADEL, 2004). Limitações para execução de atividades habituais foram referidas por 12,6% dos entrevistados, dos quais 12,7% entre os homens e 12,8% entre as mulheres (SCHILLE; BERNADEL, 2004).

Devido à importante associação entre autopercepção de saúde e mortalidade, a análise dessa associação é fundamental para a modulação de fatores envolvidos na autopercepção de saúde e conseqüentemente na mortalidade.

Ademais, reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social. Os principais fatores associados à autoavaliação ruim de saúde incluem os demográficos (idade, gênero, estado conjugal e arranjo familiar), os socioeconômicos (educação e renda), o número de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer), e a capacidade funcional (ALVES; RODRIGUES, 2005).

No Brasil foram realizados dois estudos baseados em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). O primeiro realizado em 1998 mostrou que 68,5% das pessoas autoperceberam sua saúde como muito boa ou boa e as variáveis renda, escolaridade e idade apresentaram-se como determinantes de pior autoavaliação de saúde entre as pessoas entrevistadas. Além disso, houve uma tendência a melhorar a autopercepção de saúde quando a pergunta era respondida por outro morador do domicílio (DACHS, 2002).

O aumento da idade, piores condições socioeconômicas e baixa escolaridade também influenciaram a autoavaliação de saúde no segundo estudo realizado em nosso país (DACHS; SANTOS, 2006). Entre os entrevistados, 25,6% da população maior de 14 anos (22,5% dos homens e 28,5% das mulheres) autoperceberam seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim e 6,7% referiram restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde nas duas semanas que antecederam a entrevista.

Em outro estudo de grande abrangência baseado no Inquérito Mundial de Saúde (WHS), Szwarcwald et al. (2005) buscaram identificar os determinantes socioeconômicos da boa autopercepção de saúde no Brasil. Foram entrevistadas pessoas com 18 anos ou mais, sendo que a maioria dos entrevistados (53,0%) relataram sua saúde como boa ou muito boa. A autopercepção de saúde foi pior entre as mulheres, e variou em relação à idade (70,0% dos jovens autoperceberam sua saúde como boa ou muito boa contra 28,0% em relação aos idosos). Assim sendo quanto maior a escolaridade e menor a quantidade de doenças, melhor a autopercepção de saúde.

Estudo transversal de base populacional denominado “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis” realizado entre 2002 e 2005, em 18 capitais de Estados do Brasil, com 26.424 moradores de 15 anos ou mais de idade em domicílios selecionados,

mostrou que a percepção de saúde considerada regular ou ruim apresentou valores que variaram entre 18,4% (Porto Alegre) e 36,0% (Belém). Os resultados mostraram que as piores condições de saúde são referidas por mulheres, indivíduos com 50 anos ou mais e com menor grau de escolaridade. Os percentuais relacionados à percepção de saúde regular ou ruim foram maiores nas cidades das regiões Norte e Nordeste quando comparados aos das cidades das regiões Sul e Sudeste (SOUZA et al., 2008).

Barros et al. (2009) analisaram dados de 54.213 pessoas com idade ≥ 18 anos, coletados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006. Entre os residentes das capitais do Norte e do Nordeste as mulheres, indivíduos mais idosos, de menor escolaridade e sem atividade ocupacional tiveram a saúde autopercebida como ruim; entre homens, a prevalência de autopercepção da saúde ruim foi mais elevada na região Sudeste comparativamente à região Sul. Em ambos os gêneros, práticas como fumar, sedentarismo, obesidade e o aumento do número de morbidades referidas foram associadas à autopercepção de saúde ruim.

Idosos de Bambuí, Estado de Minas Gerais, autoperceberam sua saúde e 49,2% deles julgaram-na razoável. Pior autopercepção de saúde esteve associada às categorias: suporte social (insatisfação com relacionamentos pessoais, menor frequência a clubes ou associações), condições de saúde (presença de sintomas depressivos e ansiosos, queixas de insônia, número de medicamentos consumidos) e acesso a serviços de saúde (maior número de consultas médicas e de internações) (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004).

Estudo desenvolvido com base em dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE) apontou autopercepção de saúde ruim, com 16,0% de frequência maior nas mulheres, e 47,0% menor quando a fonte de informação foi o próprio idoso. Houve piora da autopercepção de saúde com o aumento da idade e os idosos que relataram viver sozinhos avaliaram sua saúde mais positivamente do que aqueles que possuíam um companheiro. Os idosos divorciados (12,0%) e aqueles casados ou em união consensual (9,0%) apresentaram uma chance maior de perceber a própria saúde como ruim em relação aos solteiros. Para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde. A

capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda também foram altamente associados com a percepção de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Estudo baseado no Projeto EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer, realizado em Juiz de Fora/MG, com 2876 homens idosos, 40,0% referiram saúde razoável/ruim e foram associados a esta percepção o fato de serem solteiros, sedentários, internação recente, o número de doenças crônicas, uso de medicação regular, não trabalhar, ter baixa escolaridade e ser usuário do sistema público de saúde (SANTIAGO, 2009).

Estudo transversal, de base populacional realizado na cidade de Goiânia/GO com 403 idosos usuários da rede básica de atenção à saúde, trouxe como resultados que a maioria dos entrevistados (66%; n=266) era do gênero feminino, a média de idade foi de 70 anos, 29,8% na faixa etária de 65 a 69 anos, 56,1% de idosos vivendo com companheiro, 46,4% dos idosos pertenciam a classe social C e 38,7% pertenciam a classe D/E, 28,8% com menos de 1 ano de estudo. A prevalência da autopercepção do estado de saúde foi: muito boa 3,5% (n=14), boa 27,3% (n=110), regular 41,6% (n=168), fraca 14,1% (n=57) e péssima 13,4% (n=54). O estado de saúde ruim foi referido por 27,5% dos idosos, com maior prevalência entre as mulheres (29,7%) e na faixa etária de 60-64 anos (29,1%). Na análise bivariada os fatores associados à autopercepção do estado de saúde ruim foram: viver sem companheiro, ter 3 (três) ou mais morbidades, ter diabetes *mellitus* e doenças osteomusculares, ter sido internado no último ano, fazer uso de 5 ou mais medicamentos e não praticar atividade física (PAGOTO, 2009).

Autoavaliação da saúde é um preditor independente de mortalidade (IDLER, 2003) e uso de serviços de saúde (HANSEN et al., 2002). Fatores relacionados à doença, tais como doenças crônicas, sintomas diversos e má recuperação da dor crônica, também estão relacionados à relatos de saúde prejudicada (MOLARIUS; JANSON, 2002; REYES-GIBBY; ADAY; CLEENLAND, 2002; COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999).

Medidas de autopercepção da saúde podem ser utilizadas para a previsão de acontecimentos e conseqüente promoção da saúde, pelo fato de que as pessoas consideram muitos fatores quando avaliam sua saúde geral. À luz da utilidade dessas medidas e da sua sensibilidade para uma gama tão ampla de influências biopsicossociais é surpreendente que tão pouco se saiba sobre a trajetória típica, ou

"história natural", da autopercepção da saúde ao longo da vida adulta (MCCULLOUGH; LAURENCEAU 2004).

Mais recentemente, estudos avaliaram a relação entre dor crônica e autopercepção de saúde. Mantyselka et al. (2003), na Finlândia, com 6500 participantes, mostraram que a prevalência de dor crônica foi relacionada à percepção ruim de saúde e, embora essa percepção geralmente diminua com a idade, a frequência de dor teve maior impacto nos indivíduos mais jovens do que nos mais velhos.

Reyes-Gibby, Aday e Cleeland (2002) encontraram idosos residentes na comunidade, com dor freqüente, mais propensos a avaliar sua saúde como ruim do que aqueles sem dor. Já Perruccio, Power e Badley (2005) encontraram relatos de dor influenciando e limitando atividades diárias influenciando negativamente a autopercepção de saúde em pacientes com artrite. Vale ressaltar que a experiência de viver com a dor não aliviada que persiste por semanas, meses ou anos, apesar de intervenções médicas e/ou cirúrgicas impacta todos os aspectos da vida de uma pessoa e influencia a percepção de saúde (PERRUCCIO; POWER; BADLEY, 2005; MANTYSELKA et al., 2003; REYES-GIBBY; ADAY; CLEENLAND, 2002), logo, compreender os fatores que afetam esse indicador de saúde em uma população de idosos, pode fornecer a base para as intervenções que contribuam com a saúde de milhões de pessoas nas mesmas condições.

O impacto negativo da dor na saúde das pessoas que com ela convivem ou conviveram, tais como a função, o estado afetivo e a qualidade de vida está bem documentado. Entretanto, muito pouco se sabe sobre o impacto da dor sobre a saúde subjetiva e bem estar das populações residentes na comunidade, especialmente de idosos (REYES-GIBBY; ADAY; CLEENLAND, 2002)

A prevalência de dor generalizada entre os idosos da comunidade é alta e 33,0% deles relatam dor frequente. Quarenta e seis por cento dos mais velhos percebem sua saúde como regular/ruim e 56,0% sentem dor frequentemente e autopercebem sua saúde como regular/ruim. Considerando as doenças crônicas, como artrite auto relatada, idosos apresentam queixa de dor mais frequentemente (60,0%) do que aqueles que não referem tal doença. As descobertas sugerem que aqueles que sofrem dor continuada são duas vezes mais propensos a perceber sua saúde como regular/ruim, mesmo quando o estado de saúde clínica e acesso a cuidados médicos são considerados. Além disso, as pessoas com limitações

funcionais têm as mesmas chances de perceber problemas de saúde, que aqueles que vivenciam a experiência dolorosa (REYES-GIBBY; ADAY; CLEENLAND, 2002)

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo de base populacional e delineamento transversal. Recorte de um inquérito epidemiológico realizado pela Rede de Vigilância a Saúde do Idoso (REVISI) e se constitui em primeiro e importante passo na implantação da Rede de Vigilância a Saúde do Idoso em Goiânia. A pesquisa à qual este estudo está aninhado é intitulada: “Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia, Goiás”. Foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 050/2009 (Anexo) e contou com o financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás pelo Edital 001/2007.

4.2. População alvo

A população alvo constituiu-se de indivíduos com 60 anos ou mais (idade estabelecida para o idoso no Brasil, de acordo com a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1996), que viviam em seus domicílios e residiam na zona urbana do município de Goiânia, capital do Estado de Goiás. Residir no domicílio foi considerado como “dormir na residência mais de quatro dias por semana”.

Foram excluídos aqueles que alcançaram escores <13 na avaliação cognitiva realizada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e os que residiam no domicílio, mas não se encontravam nela no momento da visita do entrevistador.

4.3. Amostra e amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando a população de idosos de Goiânia (7% da população total; 1.249.645 – ano base 2007), a partir de um nível de confiança de 95%, nível de significância de 5%, frequência esperada de 30% para os múltiplos desfechos, precisão absoluta de 5%, DEFF de 1.8 e acréscimo de 11% para possíveis perdas. A amostra representativa da população de idosos residentes na zona urbana de Goiânia foi de 934 idosos.

4.3.1. Procedimentos para seleção da amostra

A área geográfica do estudo foi definida a partir dos setores censitários (SC) estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2000. Para a delimitação dos setores censitários foram utilizados mapas de campos e memorial descritivo (IBGE, 1996). O Mapa urbano básico digital de Goiânia (MUBDG), concluído em 1996, foi fornecido pela COMDATA - instituição municipal responsável pela construção da malha digital da cidade. Esse mapa digital urbano foi utilizado na digitalização dos 1.068 SC. Desse total, 912 SC eram estritamente urbanos e foram utilizados para a localização dos idosos.

A média de indivíduos por SC era de 980 indivíduos e considerando 7% de idosos na população de Goiânia, estimou-se 16,3 idosos por SC. Dividindo-se o total da amostra (n=934) pelo número de idosos estimados por setor censitário (17,0) calculou-se que seriam necessários 55 SC para a coleta dos dados. Esses 55 SC foram sorteados através de tabela de números aleatórios criada em sistema eletrônico de randomização.

Novo sorteio foi realizado para estabelecimento do primeiro quarteirão e da esquina por onde a coleta de dados deveria ser iniciada. A partir da esquina sorteada a primeira residência foi visitada, excluindo-se todo imóvel que não fosse residencial.

4.4. Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado com 50 idosos de um setor censitário não sorteado para a coleta dos dados. Após o estudo piloto o questionário foi revisado e procederam-se algumas alterações em questões que demonstraram ser ineficientes para alcance dos objetivos deste estudo.

4.5. Coleta de dados: período, variáveis e operacionalização

Os dados foram coletados durante os meses de dezembro/2009 a abril/2010 por entrevistadores devidamente treinados.

Após identificação do entrevistador, os idosos que atenderam aos critérios de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa, e para aqueles que

aceitavam era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que deveria ser assinado em duas vias, e uma via permanecia com o idoso. Após, aplicou-se o questionário composto por 12 seções (Apêndice B) e as informações sobre a dor sentida foram coletadas por meio das perguntas 52 (*Nos últimos meses o senhor(a) teve alguma dor, em qualquer parte do seu corpo?*); 53 (*Coloque as mãos onde dói*); 54 (*Indique o local da principal dor*); 55 (*Há quanto tempo sente a principal dor?*) e 59 (*Como o senhor avaliaria essa dor no pior momento?*). Dor crônica foi considerada como aquela existente há 6 meses ou mais (MERSKEY; BOGDUK, 1998). A localização da dor foi feita por meio de diagrama corporal (com “costas” e “frente”) e categorizada em tabela de Classification of Chronic Pain (MERSKEY; BOGDUK, 1998) modificada. A intensidade da experiência dolorosa foi medida para a principal dor por meio da Escala Numérica de 11 pontos (0-10), sendo 0 (zero)=sem dor; 1(um), 2(dois), 3(três) e 4(quatro)=dor leve; 5(cinco) e 6(seis)=dor moderada; 7(sete), 8(oito) e 9(nove)=dor forte e 10(dez)=pior dor possível. Essa escala tem sido utilizada para mensuração da intensidade da dor clínica e experimental, sendo considerada fidedigna e válida para a mensuração da dor aguda, crônica oncológica e não oncológica. Pode ser utilizada de forma verbal ou visual (KATZ; MELZACK, 1999). Nesse estudo, ela foi utilizada de forma verbal e escrita, ou seja, o entrevistador lia a escala, mostrava o seu desenho em cartão de 21 cm por 10 cm e anotava o relato dos idosos em desenho colocado no instrumento de coleta de dados.

Os idosos foram indagados, também, sobre o que achavam de sua saúde. Os dados relacionados à autopercepção do estado de saúde foram obtidos por meio de uma escala de 5 (cinco) pontos, com as categorias “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, “muito ruim”. A pergunta que orientou essa avaliação foi “*Como o(a) senhor(a) avalia sua saúde?* (Seção: Saúde geral e antecedentes familiares, questão nº 28). Responderam ainda sobre algumas características socioeconômicas e demográficas (Seções: Identificação e Perfil Social, questões 7, 8, 9, 11, 12, 14 e 16) incluindo: gênero (masculino/feminino, idade categorizada por faixa etária (60-69 anos - jovem idoso; 70 a 79 anos - idoso, 80 anos ou mais - muito idoso); estado civil (casado, solteiro, viúvo e divorciado); a escolaridade (analfabeto, primário, ensino médio, ensino superior); renda idoso (sem renda; <=1 salário mínimo; 1-3 salários mínimos; >3 salários mínimos); motivo aposentadoria (tempo de serviço, por idade, por doença); condição laboral (trabalha, não trabalha).

O controle de qualidade dos dados foi realizado por pesquisadores e técnicos treinados que supervisionaram todos os questionários aplicados logo após a entrevista e antes de sua inserção no banco de dados.

4.6. Seleção e treinamento de entrevistadores

A seleção dos entrevistadores foi conduzida por docentes pesquisadores, através de entrevista, currículo e preenchimento de formulário de inscrição. Os critérios para seleção foram: 1- ter idade acima de 21 anos, 2- possuir 2º grau completo, 3- ter disponibilidade de 6 horas diárias. Os entrevistadores receberam treinamento para aplicação do questionário (Apêndice B) e das escalas de medida. As orientações escritas foram disponibilizadas em forma de um Manual de Instruções, contendo informações gerais e específicas sobre o instrumento. Essas informações serviram de orientação durante o trabalho de campo e a codificação dos itens nele contidos. As orientações verbais foram feitas por meio de simulação de entrevistas, momento em que foram dadas informações gerais sobre a importância da pesquisa. Foram treinados 20 candidatos, considerando a possibilidade de desistências.

4.7. Aspectos éticos e legais

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás (UFG), para análise e parecer ético, respeitando os princípios éticos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e recebeu parecer favorável, protocolo número 050/2009 (Anexo). Os idosos foram abordados em seus lares e convidados a participarem da pesquisa, sendo orientados quanto aos objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos/benefícios, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados. Foram informados que participariam como voluntários e sem qualquer ônus ou remuneração. Em caso de aceite, foram convidados a assinarem/identificarem com a marca digital o TCLE. Caso desejassem retirar o consentimento durante a pesquisa, foram informados que tal decisão não acarretaria em nenhum prejuízo para si e para sua família. Além disso, foram informados que os dados da pesquisa seriam armazenados por cinco anos na instituição do pesquisador responsável e após este período, destruídos; e

que os resultados da pesquisa seriam divulgados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas.

4.8. Análise dos dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0 for Windows e as análises foram feitas pelo Stata 8.0. As variáveis foram exploradas pela frequência absoluta e relativa. As prevalências foram apresentadas com respectivo Intervalo de Confiança (IC) e as proporções comparadas pelo teste do Qui-Quadrado. O valor de alfa foi de 5%.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 934 idosos entrevistados, 9 (nove) foram excluídos por apresentarem escores no MEEM < 13, e 53 considerados como perdas, por necessitarem de ajuda para preenchimento do questionário ou por não terem preenchido as questões sobre avaliação da dor. Assim, participaram deste recorte, 872 idosos. Os resultados e as discussões serão apresentados em quatro partes:

5.1. Caracterização da amostra segundo variáveis sociais, econômicas e demográficas

Dos 872 idosos, 543 (62,3%) eram mulheres e 329 (37,7%) homens, com idades entre 60 e 99 anos (Média=71,6 anos; dp=8,5; Mediana=70,0 anos) (Tabela 1). A faixa etária com maior porcentagem de idosos foi a de 60-79 anos (50,1%; n=437); considerando a distribuição em cada faixa etária, observa-se que as mulheres foram mais representadas que os homens (51,2%; 31,7%; 17,1%), respectivamente. Entre os 436 idosos casados, 56,4% (n=246) pertenciam à faixa etária de 60-69 anos. Ser divorciado foi o estado civil predominante entre os jovens idosos (60-69 anos), e ser viúvo prevaleceu entre os idosos e muito idosos. Quanto à escolaridade, observamos maior porcentagem de idosos com ensino médio (59,9%; n=118) e superior (68,3; n=56) na faixa de 60-69 anos; e de analfabetos (39,9%; n=67) na faixa de 70-79 anos. Houve maior prevalência de idosos com nível primário (n=422; 48,6%) com 48,8%, 31,3% e 19,9% respectivamente.

No que diz respeito à renda, 42,1% (n=337) dos idosos possuíam renda menor ou igual a 1 salário mínimo, predominantemente na faixa etária de 80 anos e mais (52,9%). Sendo importante observar que a maioria (80,3%) dos idosos (60-69 anos) não possuía nenhuma renda. A maioria dos idosos (n=680; 79,8%) relataram não mais trabalhar, porém, na faixa etária de 60-69 anos, 76,1% (n=131) dos idosos referiu possuir vínculo empregatício.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas, por faixa etária. Goiânia, GO, 2010

Variáveis	Idade dos idosos por faixa etária				P/X ²
	60-69 437 (50,1%)	70-79 286 (32,8%)	80 ou + 149 (17,1%)	Geral 872 (100%)	
Gênero					0,64
Masculino	159 (48,3)	114 (34,7)	56 (17,0)	329 (37,7)	
Feminino	278 (51,2)	172 (31,7)	93 (17,1)	543 (62,3)	
Estado civil					0,00
Casado	246 (56,4)	137 (31,4)	53 (12,2)	436 (50,3)	
Solteiro	44 (55,0)	25 (31,2)	11 (13,8)	80 (9,2)	
Viúvo	90 (33,2)	103 (38,0)	78 (28,8)	271 (31,3)	
Separado	56 (70,0)	18 (22,5)	6 (7,5)	80 (9,2)	
SI	1	3	1	5	
Escolaridade					0,00
Analfabeto	57 (33,9)	67 (39,9)	44 (26,2)	168 (19,3)	
Primário	206 (48,8)	132 (31,3)	84 (19,9)	422 (48,6)	
Ensino médio	118 (59,9)	63 (32,0)	16 (8,1)	197 (22,7)	
Superior	56 (68,3)	22 (26,8)	4 (4,9)	82 (9,4)	
SI	0	2	1	3	
Renda					0,00
Sem renda	114 (80,3)	23 (16,2)	5 (3,5)	142 (17,7)	
<=1 salário	127 (37,7)	137 (40,6)	73 (21,7)	337 (42,1)	
1-3 salários	104 (50,5)	65 (31,5)	37 (18,0)	206 (25,8)	
>3 salários	56 (48,7)	36 (31,3)	23 (20,0)	115 (14,4)	
SI	36	25	11	72	
Condição laboral					0,00
Trabalha	131 (76,1)	34 (19,8)	7 (4,1)	172 (20,2)	
Não trabalha	295 (43,4)	247 (36,3)	138 (20,3)	680 (79,8)	
SI	11	5	4	20	

SI = Sem informação

Em relação ao gênero, a maior representatividade pelas mulheres, observada neste estudo, vem corroborar aos achados de pesquisas conduzidas com a população idosa em diferentes regiões geográficas do Brasil e do mundo (DÍAZ; MARULANDA; SÁENZ, 2009; WATKINS et al., 2008; FOX et al., 2007; HUGE et al., 2006; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007; ALBUQUERQUE, 2005; RUSTOEN et al., 2004; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHOA, 2004; SANTANA, 2003; LEBRÃO; DUARTE, 2003; PALLONI; PELÁEZ, 2002).

A distribuição dos idosos por faixa etária foi semelhante aos estudos de Machado et al. (2007), tipo transversal, em que as porcentagens de idosos com idade entre 60 e 69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais, foram de 65,0%; 32,0% e 3,0%, respectivamente. Como no presente estudo, os autores apontaram maior proporção de mulheres (74,0%) que de homens (26,0%). Pilger, Menon e Mathias (2011) também observaram que as mulheres foram mais representadas (62,8%,

25,1% e 12,1%) que os homens (56,2%, 34,4% e 9,4%), nas três faixas etárias, respectivamente. Outro estudo com o mesmo tipo de delineamento, desenvolvido por Paskulin e Vianna (2007), por meio de inquérito domiciliar mostrou prevalência de idosos de 42,5% na faixa etária de 60-69 anos, de 42,8% na de 70 a 79 anos e de 14,7%, na de 80 anos ou mais. Mastroeni et al. (2007) trouxeram dados de um estudo realizado em Joivile Santa Catarina. A maioria (57,6%) dos idosos pertencia ao gênero feminino. As idades mínima e máxima encontradas foram 60 e 95 anos, respectivamente, sendo a média de idade de 69,8 anos. Mais da metade (54,8%) apresentou idade de 60-69 anos, 33,3% idade entre 70-79 anos e apenas 11,9%, idade acima de 80 anos.

A predominância do gênero feminino confirma a maior expectativa de vida deste grupo etário além de corroborar o panorama de feminilização do processo de envelhecimento. Essa característica tem sido atribuída a menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; menor prevalência de consumo de drogas lícitas (cigarro e álcool); diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades; e, por último, maior cobertura da assistência ginecoobstétrica. Segundo a Fundação IBGE, a característica da mulher residir na cidade também pode beneficiar na maior expectativa de vida, especialmente as viúvas, devido à proximidade com seus filhos, dos serviços especializados de saúde e de outros facilitadores do cotidiano (TORRES et al., 2009; MASTROENI et al., 2007; SILVA et al., 2006).

Nesse contexto, vale ressaltar que as mulheres constituem a maior parte da população idosa mundial e vivem em média sete anos mais do que os homens. O envelhecimento passa a ser um fenômeno que se conjuga antes de tudo no feminino (RIBEIRO et al., 2002).

Quanto à variável situação conjugal, observa-se na Tabela 1 que a maior prevalência foi de “casado” e a segunda, de “viúvo”. A literatura mostra que os achados referentes à situação conjugal “casado” divergem entre os diferentes estudos, variando de 40,0% a 70,5% (WONG; FIELDING, 2011; JARDIM; BARRETO; GIATTI, 2010; CURROW et al., 2010; MASTROENI et al., 2007; RUSTOEN et al., 2004; BASSOLS; BOSCH; BAÑOS, 2002). No entanto, em todos eles os idosos casados predominam. Interessante que a frequência de casados observada nesse estudo só foi maior que aquela encontrada no estudo de Jardim, Barreto e Giatti (2010), que mostrou prevalência de viúvos (33,0%) próxima aos

achados (29,5%) do estudo de Lebrão e Duarte (2003) e também aos desse estudo (31,3%).

Considerando a distribuição desta variável, por faixa etária, Pilger, Menon e Mathias (2011) observaram que os casados, viúvos, divorciados e solteiros foram representados pelas seguintes porcentagens por faixa etária (69,5%, 24,2% e 6,3%), (42,7%, 37,1% e 20,2%), (80,0%, 20,0% e 0,0%) e (50,0%, 25,0% e 25,0%) respectivamente.

O estado conjugal é uma das características demográficas da população idosa com diferenciais por gênero mais expressivas. Considerando-se que, em geral, as mulheres têm uma esperança de vida maior que os homens, que estes se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de recasamento, é comum, entre os idosos, a predominância de casados entre os homens e viúvas entre as mulheres. Palloni e Peláez (2002) mostraram que há um aumento acentuado por idade na proporção de adultos mais velhos que são solteiros (separado, divorciado, viúvo) e que as taxas de crescimento (por idade) são muito maiores entre as mulheres do que entre os homens. Ainda, em relação ao estado conjugal, a predominância de mulheres viúvas, pode ser explicado pela maior expectativa de vida e pela tendência de homens viúvos encontrarem outra companheira, especialmente em idade avançada. Acrescenta-se que as mulheres, uma vez viúvas, em sua maioria, vivem sozinhas. Mostrando ainda que viver com o cônjuge é uma característica importante para o aumento da qualidade de vida do idoso (BALDIN; FORTES, 2008; MASTROENI et al., 2007).

Com relação à escolaridade, Wong e Fielding (2011), Díaz, Marulanda e Sáenz (2009), e Rustoen et al. (2004) mostraram que grande parte dos participantes de seus estudos tinham ensino médio (45,0%, 50,0% e 44,0%), seguido de ensino superior (18,6%, 23,0% e 37,0%), ensino primário (14,0%, 26,0% e 19,0%), respectivamente. Somente nos dois primeiros estudos foram encontrados analfabetos (3,7 e 1,0%, respectivamente), índices inferiores aos do presente estudo (19,7%). Atipicamente, Watkins et al. (2008) encontraram 41,0% dos entrevistados com mais de uma graduação, 36,0% tinham ensino superior, 19,0% tinham ensino médio e 3,0% tinham ensino primário. Já Vallano et al. (2006) encontraram escolaridade em média de 8 anos e Jardim, Barreto e Giatti (2010) mostraram que a média da escolaridade foi de três anos de estudo e 44,0% dos idosos referiram não saber ler nem escrever, índice maior que o do presente estudo (19,7%). Os achados

dos estudos divergem no quesito ensino primário uma vez que no presente estudo a maior porcentagem foi de idosos com ensino primário (48,6%) e com ensino médio (22,7%).

Por faixa etária, Pilger, Menon e Mathias (2011) encontraram, taxas de 50,4%, 35,7% e 13,9% de analfabetos; 66,5%, 23,7% e 9,8% de ensino primário; 50,0%, 50,0% e 0,0% de ensino médio; e 100,0%, 0,0% e 0,0% de ensino superior, respectivamente entre jovens idosos, idosos e muito idosos. Embora tais dados sejam divergentes daqueles do presente estudo observa-se que os idosos mais jovens possuem maior escolaridade e os mais velhos escolaridade menor.

Lebrão e Duarte (2003) mostraram a falta de oportunidades que os idosos de sua amostra tiveram na educação, pois 21,0% deles nunca frequentaram a escola, sendo que 46,4% tinham menos de 4 anos de estudo. As diferenças por gênero são também marcantes, trazendo que as mulheres apresentam níveis mais reduzidos de educação.

Estudo descritivo exploratório com delineamento transversal e abordagem quantitativa realizado em Jequié-Bahia mostrou dados elevados de analfabetismo onde 75,0% dos idosos não possuíam estudo e somente 25,0% eram alfabetizados (REIS; TORRES; REIS, 2008).

Melhores oportunidades a educação pode ser um fator facilitador para as ações de educação em saúde e fator protetor para déficits cognitivos. A menor escolaridade, com o avanço da idade, poderia estar relacionada ao contexto social do período em que esses idosos estavam em fase escolar.

Com relação à renda, a maioria dos trabalhos mostra que os idosos recebem de 0-3 salários mínimos. Pilger, Menon e Mathias (2011), por exemplo, encontraram uma renda mensal (per capita) entre R\$100,00 e R\$6.567,00. Por faixa etária, os idosos com 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais recebiam de 0 (zero) a 1 (um) salário na seguinte porcentagem (63,7, 27,3 e 9,0% respectivamente); de 1 a 3 salários (50,5%, 32,3% e 17,2% respectivamente); e de 3 ou mais salários (100,0%, 0,0% e 0,0% respectivamente). Reis, Torres e Reis (2008) encontraram valores similares em sua amostra onde ambos os gêneros ganhavam um salário mínimo mensal. No entanto, Jardim, Barreto e Giatti (2010) trouxeram que a maioria dos idosos informou renda mensal de até dois salários mínimos (62,0%) e Machado et al. (2007) mostraram que 89,0% dos idosos referiram receber entre 1 a 3 salários mínimos, e 5,0% entre 4-5 salários mínimos.

É possível que a baixa renda individual relatada pela maioria das populações investigadas esteja relacionada à escolaridade, visto que há associação entre baixa renda e grau de escolaridade. Atualmente, os idosos economicamente ativos acabam sendo pressionados pelo sistema competitivo do mercado de trabalho, principalmente no que diz respeito ao baixo grau de escolaridade que a maioria apresenta o que dificulta a busca por melhores salários.

Machado et al. (2007) observaram que a maioria desses idosos tem dependentes e suas aposentadorias constituem importante fonte de renda, ou mesmo a principal renda da família. Os resultados das variáveis econômicas são condizentes com a situação enfrentada pela maioria dos idosos no Brasil, isto é, possuem baixo poder aquisitivo, sendo que as aposentadorias e pensões constituem sua principal fonte de renda. Davim et al. (2004) citam que a problemática dos idosos também está relacionada às aposentadorias precoces, de baixos valores, que constituem sua principal fonte de rendimentos, impossibilitando o atendimento de suas necessidades.

Para Celich e Galon (2009) e Machado et al. (2007) no que concerne à ocupação atual, 85,2% e 76,0%, respectivamente, relataram não ter ocupação. No extremo oposto, Jardim, Barreto e Giatti (2010), Thomas et al. (2004) e Lebrão e Duarte (2003) mostraram que 30,0%, 26,1% e 28,6% dos idosos ainda trabalhavam. Já por faixa de idade Pilger, Menon e Mathias (2011) encontraram idosos ainda realizando atividade laboral 42,0% (60-69 anos), 55,2% (70-79 anos) e 2,8% (80 anos ou mais). Entretanto Lebrão e Duarte (2003) trouxeram que 42,3% (60-64 anos), 27,4% (65-74 anos) e 10,2% (75-100 anos) dos idosos trabalhavam; e 57,7% (60-64 anos), 72,6% (65-74 anos) e 89,8% (75-100 anos) não exerciam atividade remunerada.

Autores (PASKULIN; VIANNA, 2007) acreditam que manter uma atividade laboral em idade avançada deveria ser uma opção do indivíduo para manter-se ativo e sentir-se capaz de continuar atuando no mercado de trabalho, e não constituir necessidade econômica de complementação de renda. Sendo esse trabalho remunerado opcional, possuir uma renda a mais reflete em efeito positivo e relevante sobre o envelhecimento ativo, pois contribui com o orçamento familiar e o idoso possui autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares (WHO, 2005).

Em todos os estudos revisados, grande parte dos idosos entrevistados era de aposentado. Watkins et al. (2008) encontraram que 22,0% estavam nessa categoria e 2,0% dessas aposentadorias deviam-se a motivo de doença. Thomas et al. (2004) mostraram que 57,8% dos entrevistados eram aposentados e Machado et al. (2007) trouxeram que 64,0% declararam receber aposentadoria (maior parte por tempo de serviço, seguida por idade), Paskulin e Vianna (2007) mostraram que 66,1% das aposentadorias foram por idade e tempo de serviço e Lebrão e Duarte (2003) apontaram 71,1% de aposentados em sua amostra.

Por faixa etária, os aposentados foram amostrados por Pilger, Menon e Mathias (2011) em porcentagens de 68,1%, 17,3% e 14,6%, respectivamente e Paskulin e Vianna (2007) taxas de 61,3, 71,2 e 65,1%, respectivamente. Para Lebrão e Duarte (2003) existe uma relação inversa entre idade e salário e, enquanto a soma de outras rendas é igual entre os idosos das diferentes faixas de idade, são os idosos na faixa intermediária os que têm maior rendimento através da aposentadoria. Em resumo, os resultados sugerem que os idosos possuem uma renda média baixa, composta basicamente por rendimentos provenientes de aposentadorias.

5.2. Prevalência de dor crônica autorrelatada pelos idosos segundo variáveis sociais, econômicas e demográficas

A prevalência de dor crônica nesse estudo foi de 52,7%: [IC (95%): 49,4% - 56,1%]. A idade dos idosos variou de 60 a 99 anos (M=71,4; dp=8,3) e a prevalência dessa experiência por faixa etária foi semelhante (52,4%); (53,1%); e (53,0%), respectivamente, entre os jovens idosos, idosos, e muito idosos, como pode ser observado na tabela 2.

A prevalência de dor crônica para o gênero feminino foi de 60,4%, contra 40,1% para os homens ($p=0,00$) como pode ser observado na tabela 2. Por faixa etária, a prevalência de dor crônica foi maior para as mulheres (57,6%; 62,8%; 64,5%) em todas elas e mais elevada entre as muito idosas (dados não amostrados).

Tabela 2. Distribuição dos idosos com e sem dor crônica segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas e autopercepção de saúde. Goiânia, GO, 2010

Variáveis	Não dor crônica n (%)	Dor crônica n (%)	Total n (%)	P/ χ^2
Faixa etária				0,97
60 – 69 anos	208 (47,6)	229 (52,4)	437 (50,1)	
70 – 79 anos	134 (46,9)	152 (53,1)	286 (32,8)	
80 e mais	70 (47,0)	79 (53,0)	149 (17,1)	
Gênero				0,00
Feminino	215 (39,6)	328 (60,4)	543 (62,3)	
Masculino	197 (59,9)	132 (40,1)	329 (37,7)	
Estado civil				0,46
Casado	215 (49,3)	221 (50,7)	436 (50,3)	
Viúvo	121 (44,6)	150 (55,4)	271 (31,3)	
Solteiro	38 (47,5)	42 (52,5)	80 (9,2)	
Separado	33 (41,2)	47 (58,8)	80 (9,2)	
SI	5	0	5	
Escolaridade				0,05
Analfabeto	65 (38,7)	103 (61,3)	168 (19,3)	
Primário	201 (47,6)	221 (52,4)	422 (48,6)	
Ensino médio	103 (52,3)	94 (47,7)	197 (22,7)	
Superior	42 (51,2)	40 (48,8)	82 (9,4)	
SI	1	2	3	
Renda				0,46
>3 salários	54 (46,9)	61 (53,1)	115 (14,4)	
1-3 salários	103 (50,0)	103 (50,0)	206 (25,8)	
<=1 salário	215 (44,9)	264 (55,1)	479 (59,8)	
SI	40	32	72	
Condição Laboral				0,71
Trabalha	85 (49,4)	87 (50,6)	172 (20,2)	
Não trabalha	313 (46,0)	367 (54,0)	680 (79,8)	
SI	14	6	20	
Motivo aposentadoria				0,41
Tempo serviço	127 (51,6)	119 (48,4)	246 (45,1)	
Por idade	114 (50,2)	113 (49,8)	227 (41,7)	
Por doença	30 (41,7)	42 (58,3)	72 (13,2)	
SI	141	186	327	
Autopercepção de saúde				0,00
Ótima	74 (73,3)	27 (26,7)	101 (12,0)	
Boa	148 (52,9)	132 (47,1)	280 (33,4)	
Moderada	144 (38,9)	226 (61,1)	370 (44,2)	
Ruim	17 (25,4)	50 (74,6)	67 (8,0)	
Péssima	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (2,4)	
SI	24	10	34	
Total	412 (47,3%)	460 (52,7%)	872 (100)	

SI=Sem informação

A revisão da literatura mostrou estudos que investigaram a prevalência de dor crônica em idosos no Brasil e no mundo, com taxas que variaram de 51,4 a 89,9% (CELICH; GALON, 2009; van HERK et al., 2009; DELAROZA et al., 2008; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007; PANAZZOLO et al. 2007; MIRÓ et al.,

2007; CHUNG; WONG, 2007; THOMAS et al., 2004; ARIENS; BORGHOUTS; KOES, 1999; BIRSE; LANDER, 1998; MOBILY et al., 1994). Segundo alguns autores, essa variação pode resultar da influência de alguns fatores como definição do tempo de dor crônica, diferenças sociodemográficas regionais, metodologia empregada para obtenção dos dados e variações dos questionários aplicados (DÍAZ; MARULANDA; SÁENZ, 2009).

Dellaroza et al. (2008) mostraram prevalência de dor crônica de 58,0% em indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos. Já no grupo de 80 anos ou mais, 100% dos idosos apresentavam dor crônica. Birse e Lander (1998) encontraram prevalência semelhante (58,3%) no grupo de 65 a 74 anos e menor (53,3%) no grupo com idade acima de 75 anos. Contrário a isso, Mobily et al. (1994) mostraram que indivíduos com idades entre 85 anos e mais velhos relataram menos queixas de dor do que aqueles com idade entre 65 e 74 anos. Outro estudo demonstrou que existe um pico de prevalência de dor na idade de 65 anos, seguindo-se um declínio na faixa entre 75 e 84 anos e nos mais idosos, com mais de 85 anos, que são os mais propensos a apresentar osteoartrite e fraturas, devido à osteoporose ou a outras causas. Segundo os autores, tal declínio pode ser atribuído ao fato dos indivíduos nesta faixa etária se tornarem menos móveis, terem atenção dirigida para outros aspectos da vida e as questões pessoais, ou ainda terem menor capacidade operacional em suas unidades nociceptivas (ARIENS; BORGHOUTS; KOES, 1999).

Teixeira e Figueiró (2001) colocam que o ápice da prevalência de dor crônica em geral, com a idade, parece refletir o balanço entre o comprometimento da função nociceptiva no sistema nervoso e as questões pessoais existentes na terceira idade.

Com relação às faixas etárias, nossos dados se assemelham aos de Miró et al. (2007) na categoria de 60-69 anos com 52,4%. No entanto, nas demais faixas etárias há diferença entre os estudos. Miró et al. (2007) mostraram que a prevalência de dor crônica entre os idosos com idade entre 75-84 foi de 37,5% e entre os idosos com mais de 85 anos foi de 9,3%. Em idosos acima de 65 anos, Díaz, Marulanda e Sáenz (2009) encontraram na população da Colômbia uma prevalência de dor crônica de 43,8% e esta foi especialmente elevada nos maiores de 85 anos (85,7%). Já os idosos entre 66-75 e 76-85 anos a prevalência foi de 41,5% e 40,0% respectivamente.

Tabela 3. Distribuição dos idosos que referiram dor crônica por faixa etária, segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas. Goiânia, GO, 2010

Variáveis	Idade dos idosos por faixa etária				P/X ²
	60-69 229 (49,8%)	70-79 152 (33,0%)	80 ou + 79 (17,2%)	Geral 460 (100%)	
Gênero					0,58
Masculino	69 (52,3)	44 (33,3)	19 (14,4)	132 (28,7)	
Feminino	160 (48,8)	108 (32,9)	60 (18,3)	328 (71,3)	
Estado civil					0,00
Casado	124 (56,1)	70 (31,7)	27 (12,2)	221 (48,1)	
Solteiro	24 (57,1)	12 (28,6)	6 (14,3)	42 (9,1)	
Viúvo	49 (32,7)	57 (38,0)	44 (29,3)	150 (32,6)	
Separado	32 (68,1)	13 (27,6)	2 (4,3)	47 (10,2)	
Escolaridade					0,00
Analfabeto	36 (35,0)	41 (39,8)	26 (25,2)	103 (22,5)	
Primário	110 (49,8)	69 (31,2)	42 (19,0)	221 (48,3)	
Ensino médio	53 (56,4)	32 (34,0)	9 (9,6)	94 (20,5)	
Superior	30 (75,0)	9 (22,5)	1 (2,5)	40 (8,7)	
SI	0	1	1	2	
Renda					0,00
Sem renda	62 (78,5)	14 (17,7)	3 (3,8)	79 (18,4)	
<=1 salário	69 (37,3)	79 (42,7)	37 (20,0)	185 (43,2)	
1-3 salários	52 (50,5)	31 (30,1)	20 (19,4)	103 (24,1)	
>3 salários	32 (52,5)	16 (26,2)	13 (21,3)	61 (14,3)	
SI	14	12	6	32	
Condição laboral					0,00
Trabalha	66 (75,9)	19 (21,8)	2 (2,3)	87 (19,2)	
Não trabalha	160 (43,6)	131 (35,7)	76 (20,7)	367 (80,8)	
SI	3	2	1	6	
Autopercepção saúde					0,15
Muito boa	12 (44,4)	13 (48,2)	2 (7,4)	27 (6,0)	
Boa	63 (47,7)	47 (35,6)	22 (16,7)	132 (29,4)	
Moderada	122 (54,0)	69 (30,5)	35 (15,5)	226 (50,2)	
Ruim	22 (44,0)	18 (36,0)	10 (20,0)	50 (11,1)	
Péssima	5 (33,3)	4 (26,7)	6 (40,0)	15 (3,3)	
SI	5	1	4	10	

SI= sem informação

Bouhassira et al. (2008) encontraram, na população idosa francesa, prevalência de dor crônica de 46,3% entre os idosos na faixa etária de 65-74 anos e de 52,4% em maiores que 75 anos. E Yu et al. (2006) encontraram, entre aqueles com idade de 65 a 70 anos, a maior incidência de dor crônica (32,6%), enquanto que menor incidência dessa dor (17,4%) foi encontrada entre aqueles com idade entre 70 e 75 anos. Elliott et al. (1999) encontraram na região nordeste da Escócia uma prevalência de 20,8% de dor crônica na faixa etária de 65-74 anos e de 19,0% na faixa etária de 75 anos e mais.

Em Hong Kong, China, inquérito epidemiológico mostrou prevalência de dor em idosos de 45,8%, temporalmente classificada como crônica em 87,4% (n=743) dos casos, indicando que uma porção significativa de pessoas na comunidade chinesa convive com a experiência dolorosa por tempo prolongado (CHUNG; WONG, 2007). Resultado semelhante foi mostrado por Miró et al. (2007) em sua pesquisa com 391 idosos na Catalunha-Espanha onde a prevalência de dor crônica foi de 89,9%. Thomas et al. (2004) e van Herk et al. (2009) encontraram prevalências mais baixas, mas ainda assim elevadas em comparação com outros estudos. Já Elliott et al. (1999) encontraram 30,2% de relatos de dor crônica entre os idosos, mostrando discrepância entre os resultados.

Helme e Gibson (1997) em estudo conduzido com 1000 idosos não institucionalizados encontraram prevalência de dor crônica de 51,0% entre os jovens idosos (60 a 75 anos), 48,0% para os idosos (75 a 85 anos) e de 55,0% para os muito idosos (mais de 85 anos). Em outras duas amostras de estudos que investigaram a dor crônica em idosos da cidade de Londrina, PR, a prevalência de dor crônica foi de 62,2% (DELLAROZA et al., 2008), e 51,4% (DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007), sendo a segunda taxa muito semelhante a do presente estudo (52,7%). No primeiro estudo, as mulheres referiram dor crônica mais frequentemente (40,7%) que os homens (21,5%) corroborando os dados deste estudo. Excepcionalmente, no segundo estudo os homens foram os mais representados e os autores justificaram tal achado por tratar-se de amostra de servidores municipais.

A prevalência de mulheres neste estudo foi muito semelhante à observada por Hartmann (2008), que encontrou taxa de 72,1% de mulheres em amostra de 1078 idosos do município de Porto Alegre, cujas idades variaram entre 60 e 95 anos. Pouco menores foram os resultados de Miró et al. (2007) e Berlanga, Arango e Robledo (2007) que mostraram, na população do México, 62,1% e 59,3% respectivamente de mulheres com dor crônica. Já Sjogren et al. (2009) e Elliott et al. (1999) encontraram 27,8% e 37,6% de mulheres, respectivamente, proporções bem mais reduzidas.

As mulheres também foram as mais representadas (57,5%) no estudo de Panazzolo et al. (2007), desenvolvido com amostra de 245 idosos não institucionalizados, cujas idades variaram de 60 a 91 anos, média de $68,8 \pm 6,9$ anos. A prevalência de dor geral foi de 73,9%, sendo crônica para 67,7% dos idosos,

acometendo com maior frequência o gênero feminino (69,6%). Na população Cruzaltense, RS, entre os 48 idosos entrevistados da comunidade, a prevalência de dor crônica foi de 56,2% e as mulheres também foram as mais representadas (CELICH; GALON, 2009).

Apesar da divergência observada entre as taxas de participantes do gênero feminino nos diferentes estudos, as mulheres prevalecem na grande maioria deles. Valério e Souza (2006) e Pimenta et al. (2005) colocam que o grande número de mulheres nas amostras deve-se ao fato dos homens terem pouca disposição para participar de pesquisas devido a ainda desenvolverem atividades remuneradas ou mesmo pela falta de interesse. Já as mulheres sentem falta do desenvolvimento de atividades e do convívio social em seu dia-a-dia em maiores proporções e também por estarem mais presentes em casa desenvolvendo atividades do lar, o que as coloca em um percentual maior entre os participantes. Outro fator que deve ser levado em consideração é que as normas sociais e culturais permitem às mulheres relatar dor mais frequentemente e desencorajam os homens, ao relacionar a tolerância à dor como medida de virilidade. Ademais, como discutido na seção anterior a mulher alcança maior longevidade e por isso é acometida por doenças crônicas que geram e exacerbam a experiência dolorosa.

Em relação à associação entre dor e gênero, vale citar o estudo de revisão sistemática da literatura que mostrou resultados de pesquisas publicadas no período de 1998 a 2008 (dez anos), constatando não existir um padrão bem definido de diferença de sensibilidade à dor entre os sexos, mesmo quando se utiliza técnicas apuradas de estímulos clínicos de dor. A ausência de diferenças de respostas à dor experimental levou os autores a crerem que o conceito vigente que as mulheres tendem a sentir mais dores durante a vida do que os homens deve ser revisado isoladamente, em ambiente controlado (RACINE et al., 2012a). Em continuação ao estudo anterior, Racine et al. (2012b) mostraram que todas as conclusões acerca de uma certificação de que as mulheres são mais suscetíveis à dor devem ser colocadas com muita cautela, pois não existe comprovação dessa diferença, já que alguns critérios devem ser levados em consideração, assim como metodologia dos estudos, fatores culturais, significância estatística, entre outros.

Roy e Thomas (1987) realizaram entrevistas telefônicas aleatórias e em amostra de 205 sujeitos com idade de 60 anos no Canadá encontraram que quase 70,0% das pessoas relataram algum tipo de dor. Em outro estudo, os mesmos

autores encontraram evidências de que os mais idosos relatam menos dor do que os idosos mais jovens (ROY; THOMAS, 1988) o que difere do presente estudo.

Ademais, no estudo sueco de Brattberg et al. (1989), a prevalência de dor de longa duração (> 6 meses) foi menos frequente após os 65 anos de idade (36,1%) e Bowsher et al. (1991) relataram que na Grã-Bretanha a prevalência de dor crônica foi muito maior nos mais velhos, diferentemente dos achados deste estudo, que mostram prevalência muito próxima de dor crônica entre os jovens idosos, idosos e muito idosos (52,4%; 53,1%; 53,0%), respectivamente.

Segundo Franco e Seoane de Lucas (2001) há um intervalo de 50,0 a 80,0% de chance dos indivíduos acima de 65 anos terem dor crônica, o que torna pertinente a apresentação dos dados de estudos de prevalência. Ademais, a divergência entre os resultados observados nos diferentes estudos revisados constitui-se em desafio aos pesquisadores, no sentido de buscar clareza sobre o padrão de dor no processo de envelhecimento.

Perseguir o preenchimento de tais lacunas é importante para identificar pontos de penetração que permitam maior eficiência às terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para alívio da dor em idosos e qualidade de vida para esse grupo populacional, já muito prejudicado pelos prejuízos advindos do próprio processo de envelhecimento.

Ademais, a dor surge como um dos principais fatores limitadores da capacidade de realizar atividades diárias, o que impacta negativamente a qualidade de vida dos idosos, restringe a convivência e gera isolamento social (CELICH; GALON, 2009). Queixa referida por grande parte das pessoas idosas, a dor se constitui em relevante sinalizador e motivador de busca por tratamento clínico. Em qualquer população, essa experiência pode ser interpretada como um alerta frente ao comprometimento da integridade física e/ou emocional, ou tornar-se a própria doença (BARR, 2002).

A dor crônica gera prejuízos no sono, na alimentação, no comportamento (muitas pessoas se tornam depressivas), elevando o risco de tentativa de autodestruição, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio econômico, desesperança e sentimento de morte. Assim, a dor passa a ser o foco para o indivíduo, direcionando e limitando suas decisões e comportamentos (VALE, 2006; DELLAROZA; PIMENTA; MATSUO, 2007).

Em relação à variável escolaridade, no presente estudo encontrou-se maior prevalência de dor crônica entre idosos com nível educacional baixo, assim como nos estudos de Miró et al. (2007) em que 29,9% dos participantes era de analfabetos e 30,5% possuía ensino primário; Hartmann (2008), que encontraram 67,8% de idosos com primeiro grau completo/incompleto e 11,6% de analfabetos; Lacerda et al. (2005) onde 57,5% tinha o ensino fundamental incompleto e 25,0% era de analfabetos; e de Berlanga, Arango e Robledo (2007) que encontraram 40,4% de analfabetos e 35,8% com escolaridade de 1 a 4 anos.

Yu et al. (2006) mostraram que maior nível de escolaridade associou-se significativamente com menor prevalência de dor ($p=0,008$). Entre idosos analfabetos ou com ensino fundamental a incidência de dor crônica foi significativamente maior do que entre aqueles que completaram mais anos de educação formal ($p=0,011$). O nível de escolaridade mostrou-se associado com dor crônica constituindo-se como fator de risco para o desenvolvimento de dor crônica nos estudos revisados (WIJHOVEN; VET; PICALET; 2001; SMITH et al., 2001).

Neste sentido, Tavares, Guidetti e Saúde (2008) concluíram que tanto a baixa escolaridade como a baixa renda interferem no processo de adoecer pelo difícil acesso aos serviços de saúde, pelas iatrogenias presentes nesses serviços, pelo déficit do autocuidado e pela dificuldade de adesão ao tratamento. Yu et al. (2006) afirmaram que tal relação pode estar relacionada também ao fato de pessoas mais idosas, com níveis de educação superiores, demonstrarem maior capacidade de obter informações e utilizar os recursos de saúde para aliviar e controlar os seus problemas de dor (YU et al., 2006). Dachs e Santos (2006) mostraram a importância marcante da educação formal no estado de saúde das pessoas.

Sobre o estado civil, Lacerda et al. (2005), Hartmann (2008), Delarozza, Pimenta e Matsuo (2007) e Yu et al. (2006) encontraram dados em parte semelhantes aos deste estudo, como a maior prevalência de casados em relação ao de viúvos, solteiros e separados. Por faixa etária, observaram maior prevalência de dor crônica em viúvos com 70-79 anos e de casados, solteiros e separados entre os idosos com idade entre 60 e 69 anos. Estar sozinho pode relacionar-se à ausência de apoio familiar/companheiro(a), ou seja, pessoas solitárias poderiam tornar-se menos susceptíveis em lidar adequadamente com a dor ou mesmo tolerá-la. Dor, para pessoas que vivem sozinhas, pode ser suportada até o ponto que se torna uma doença em si mesma (YU et al., 2006). Por outro lado, Sá et al. (2009) concluíram

que solteiros estiveram mais protegidos, enquanto casados, separados e viúvos mais sujeitos a apresentarem dores crônicas, em ordem crescente.

A variável baixa renda também tem sido apontada na literatura como fator preditor para o desenvolvimento da dor crônica (QUEIROZ; BAREA; BLANK, 2006; WEBB et al. 2003; SMITH et al. 2001). Para Ramage-Morin (2008) no quesito renda 28,1% relataram ter baixa renda, 25,4% mediana renda e 22,8% tinham renda mais elevada. Idosos com baixa renda estão mais propensos a ter dor crônica do que aqueles que relataram rendimentos mais elevados. Adicionalmente a isso está envolvido o motivo das aposentadorias, que no estudo de Elliott et al. (2002), realizado na região nordeste da Escócia mostrou que 56,4% dos idosos relataram ser aposentados e destes, 69,6% o eram por motivo de doença, concordando com Mantyselka et al. (2003), que mostraram maioria de aposentados por problemas de saúde.

Contudo, ser mais jovem, ter mais anos de estudos, estar ativo no mercado de trabalho, com renda mais elevada são variáveis geralmente associadas com taxas mais baixas de dor crônica, mostrando que investigar fatores sociais e culturais são essenciais para o manejo adequado da dor crônica, alívio satisfatório e prevenção de situações de dor. Silva e Menezes (2007) por exemplo indentificaram que a renda do idoso estava associada com dor. Isso ocorre provavelmente pela maior disponibilidade de recursos de saúde que os idosos que apresentam uma renda mais elevada possuem. Lima-Costa, Firmo e Uchoa (2004) mostraram que relatos de dor são fortemente influenciadas pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família. Os resultados encontrados mostram que essa influência pode ocorrer mesmo entre idosos com diferenças de renda relativamente pequenas. Reyes-Gibby, Aday e Cleenland (2002) mostraram em seus resultados que os idosos socioeconomicamente desfavorecidos são mais propensos a ter dor em comparação com os de renda mais elevada. Isto pode ser indicativo de barreiras aos cuidados de saúde que normalmente afetam os grupos desfavorecidos.

O efeito do status socioeconômico na saúde é consequência de uma interação de mecanismos psicológicos e sociológicos, como o comportamento, o suporte social, o stress, os fatores ambientais e o acesso aos cuidados médicos. Os indicadores da situação socioeconômica são frequentemente operacionalizados pela educação e a renda. Essas variáveis fazem referência a um aspecto específico da

saúde. A educação, por exemplo, estimula o acesso às informações e a prática de comportamentos saudáveis (HOUSE et al., 1994).

Murata et al. (2006) realizaram um estudo com idosos com 65 anos ou mais em uma cidade do Japão e encontraram que a maioria dos idosos não trabalhavam, eram aposentados (com um salário mínimo) e tinham mais de um problema de saúde, que lhes causava dores crônicas. Adicionado a isso, descobriram que aqueles com menos recursos (estado de saúde comprometido e baixa renda) apresentaram relato de dor crônica mais frequentemente do que aqueles com melhores recursos.

5.3. Localização da principal dor crônica autorreferida

A prevalência de relatos referentes ao local da principal dor crônica nesse estudo foi maior para os membros inferiores [34,5 %: IC(95%): 30,1% - 38,8%] e região lombar [29,5%: IC(95%): 25,2% - 33,6%], seguidos pela cabeça/face/pescoço (16,2%); ombros e membros superiores (10,0%); toráx e abdômen (5,7%); sacral/cóccix (0,4%); anal/pélvica/genital (1,7%); e mais que 3 lugares (2,0%). Por faixa etária, prevaleceram os membros inferiores e a região lombar, como pode ser observado na Tabela 4.

Em relação ao gênero, as mulheres relataram dor com maior frequência em relação aos homens em todos os locais, exceto cabeça, face, pescoço e região cervical, membros inferiores e região sacral. Ademais, vale ressaltar que a prevalência de relatos de dor em mais de 3 (três) locais foi maior entre os homens (2,3%) do que entre as mulheres (1,8%).

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo o local de dor crônica, gênero e faixa etária Goiânia, GO, 2010

Locais de dor	Gênero			Faixa etária		
	Geral 460 (100%) n (%)	Feminino 326 (71,2%) n (%)	Masculino 132 (28,8%) n (%)	60-69 anos 227 (49,5%) n (%)	70-79 anos 152 (33,2%) n (%)	80 e mais 79 (17,2%) n (%)
Cabeça/Face/Pescoço/ Cervical	74 (16,2)	49 (15,0)	25 (18,9)	41(18,0)	19 (12,5)	14 (17,7)
Ombros/MMSS	46 (10,0)	35 (10,8)	11 (8,3)	25 (11,0)	13 (8,5)	8 (10,1)
MMII	158 (34,5)	109 (33,4)	49 (37,1)	66 (29,1)	58 (38,1)	34 (43,0)
Tórax/Abdome	26 (5,7)	22 (6,8)	4 (3,0)	17 (7,5)	5 (3,3)	4 (5,0)
Lombar	135 (29,5)	98 (30,1)	37 (28,0)	69 (30,4)	50 (32,9)	16 (20,2)
Sacral/Cóccix	2 (0,4)	1 (0,3)	1 (0,8)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (1,2)
Anal/Pélvica/Genital	8 (1,7)	6 (1,8)	2 (1,5)	3 (1,3)	3 (1,9)	2 (2,5)
Mais 3 Locais	9 (2,0)	6 (1,8)	3 (2,3)	5 (2,2)	4 (2,6)	0 (0,0)

Estudos mostram que a dor pode ser relatada em diferentes locais do organismo humano isoladamente ou concomitantemente. Becker et al. (1997) encontraram dor crônica em membros inferiores (33,0%) e costas (20,0%) como as de maior prevalência, sendo que 14 idosos referiram dor em mais de três lugares. Hart, Deyo e Cherkin (1995) afirmaram que a dor lombar afetou 20,0% dos idosos com idade acima de 65 anos e foi responsável por 3,0% das consultas médicas. Thomas et al. (2004) apontaram os joelhos como o local mais acometido pela dor em idosos na faixa etária de 60 a 69 anos (37,7%); de 70-79 anos (35,4%) e de 80 ou mais (37,6%), seguidos pelas costas (35,1%; 29,9% e 27,3%, respectivamente). Ainda neste estudo, observa-se que as mulheres foram as mais acometidas pela dor. Em conformidade com o relatado acima, Miró et al. (2007) também mostraram que a média de locais de dor não se alterou com a idade, embora as mulheres fossem mais propensas a referir dor em maior número de locais do que homens ($p < 0,001$), como também colocaram Thomas et al. (2004), Bassols, Bosch e Banos (2002) e em conformidade com o observado no presente estudo.

Vale ressaltar que a idade incluída em cada faixa etária estabelecida para jovens idosos, idosos e muitos idosos difere entre os estudos nacionais e internacionais, fato que dificulta comparações entre os achados. No estudo de Bassols, Bosch e Baños (2002), as costas (50,9%), cabeça (40,2%) e pernas (36,8%) aparecem como os locais mais frequentemente descritos como dolorosos pelos idosos. Dellarozza, Pimenta e Matsuo (2007) mostraram que, das pessoas com dor crônica (duração ≥ 6 meses), 21,7% referiram-na nas costas e 21,5% nos membros inferiores. Quando indagados sobre a dor que mais incomodava, 21,7% daqueles que sentiam múltiplas dores referiu ser a dor nos membros inferiores e 19,6% a dor na região dorsal, semelhantemente aos achados deste estudo.

Adicionado a isto, semelhante ao presente estudo, Dellarozza et al. (2008) mostrou que a dor crônica foi prevalente nos membros inferiores (31,4%) e região dorsal (30,2%). Tais achados foram corroborados por Celich e Galon (2009), que encontraram dor referida com maior frequência na coluna lombar (44,4%), região das pernas (40,7%) e articulação do joelho (25,9%); Panazzolo et al. (2007), que encontraram 46,5% de dor nos membros inferiores entre os 245 idosos participantes de seu estudo, seguidos pela coluna lombar (31,0%); Wong e Fielding (2011) que encontraram como locais prevalentes as pernas (40,6%) e as costas (24,2%); e Bouhassira et al. (2008) que também apontaram as costas (58,3%) e os MMII

(46,6%), corroborando os achados de Yu et al. (2006) que encontrou prevalência de membros inferiores (47,8%) e região lombar (35,9%). Poucos estudos investigaram a dor em áreas genitais, no entanto, Rustoen et al. (2004) encontrou índices semelhantes ao do presente estudo (2,0%).

Em amostra estratificada por gênero, Díaz, Marulanda e Sáenz (2009) mostraram maior prevalência de dor em membros superiores (89,0/8,0%), generalizada (87,0/3,0%), cabeça (86,0/22,2%) e membros inferiores (77,0/26,0%) entre as mulheres quando comparadas aos homens, que por sua vez, tiveram maior prevalência de dor lombar (53,8/48,0%) em relação às mulheres, como no presente estudo. Semelhantemente, no estudo de Yu et al. (2006), as mulheres tiveram um número significativamente maior de sítios dolorosos do que os homens. As mulheres foram prevalentes em relação aos homens nos relatos de dor nos MMII (51,8/41,7%) e região lombar. E os idosos do gênero masculino ultrapassaram as taxas das mulheres em relação à dor nos MMSS (25,0/10,7%). Watkins et al. (2008) encontraram, nos homens, menor prevalência de dor no peito (46,6%/53,4%), na região lombar (43,9%/56,1%), articulações (41,1%/58,9%), costas (41,1%/58,9%), perna e braço (38,1%/61,9%), abdômen: (35,2%/64,8%), dor generalizada: (30,8%/69,2%), cabeça/face (28,7%/71,3%) quando comparados às mulheres.

Von Korff et al. (1988) relataram que dor de cabeça, facial e dores abdominais são menos prevalentes após a idade de 65 e mais comuns entre mulheres, achado semelhante aos deste estudo. Segundo os mesmos autores, dores nas costas e no peito não mostram relação com a idade ou gênero, o que não foi investigado aqui.

Nota-se que não há uma padronização para investigação de locais de dor entre os diferentes estudos, dificultando a comparação precisa dos achados. Ainda assim, é possível verificar que alguns locais são relatados com maior frequência, em todos os estudos, como os membros inferiores e as costas. Na vida longa a experiência dolorosa pode afetar locais que interferem na autonomia e independência, impondo limitação funcional a essa população. Segundo Teixeira e Teixeira (2001) a dor nos pés e nas pernas aumenta com o avanço da idade. Thomas et al. (2004), por sua vez, mostraram que alguns locais de dor declinam com o avanço da idade (cabeça) e outros se tornam mais frequentes (pés, quadris e joelho), logo, a prevalência global de dor não diminui com a idade, mas tal

experiência torna-se mais incapacitante, interferindo na realização das atividades cotidianas.

Helme e Gibson (1999) relatam existir discreto aumento de lombalgia com o avanço da idade, especialmente nas mulheres. Destacam que mais de 63,0% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com dor crônica são do gênero feminino e, após o ano 2020, 73,0% dos indivíduos com mais de 85 anos serão mulheres. Por outro lado, Falcão (2006) corroborando os dados do estudo de Weiner et al. (2006) coloca que embora a dor lombar crônica seja um sintoma comum em idosos, tal experiência parece não estar relacionada com o aumento da idade, como observado neste estudo, onde a prevalência de dor na região lombar diminuiu com a idade. No entanto, outras variáveis demográficas foram corroboradas, tal como o gênero (maior representação pelas mulheres), o estado civil (casados), a baixa renda e escolaridade.

Para Márquez e Souza (2003), o envelhecimento produz efeitos importantes nos diversos sistemas do organismo. Estas modificações podem favorecer o aparecimento de processos mórbidos dolorosos, o que justificaria a condição dolorosa apresentada. No entanto, Kraychete et al. (2003) em estudos relacionados à dor em idosos brasileiros descreveram ser esta condição clínica algo controverso na literatura existente, apontando ainda fatores socioeconômicos, laborativos, aumento de peso corporal, má postura, fraqueza dos músculos, em especial os antigravitacionais, a sobrecarga excessiva ao sistema músculo-esquelético e a falta de condicionamento físico como disparadores e exacerbadores das condições dolorosas.

Kraychete et al. (2003) avaliaram a localização da experiência dolorosa, por meio de diagramas corporais, em amostra de 162 idosos com diferentes diagnósticos e verificaram grande incidência de dor nas articulações de suporte, sugestivas de afecções reumáticas do tipo osteodegenerativas, consideradas como as principais causas de dor na população avaliada. Tal achado concordando com as colocações de Yoshinari e Bonfá (2000) que, ao descreverem dados epidemiológicos para as doenças de cunho degenerativo articular, apresentaram-nas como sendo as grandes vilãs na lista da Previdência Social, ocupando o terceiro lugar em nível nacional. Adicionalmente a isso, o estudo traz dados de maior prevalência de dor na região lombar da coluna vertebral, com 27,8% de queixas. Os

resultados obtidos no presente estudo evidenciam a região lombar como a segunda dor de maior prevalência.

Para Yoshinari e Bonfá (2000), com o surgimento das falências orgânicas na terceira idade, mais especificamente no sistema osteomuscular, o processo de envelhecimento contribui para o surgimento de doenças degenerativas e, neste caso, os membros inferiores agregam grande porcentual destas condições clínicas descritas.

5.4. Intensidade da principal dor crônica e autopercepção de saúde

Nesse estudo a intensidade da dor crônica foi “pior dor possível” para 12,6%, “forte” para 42,0%, “moderada” para 26,0% e “leve” para 19,4% dos idosos.

Quanto à intensidade de dor por faixa etária, observa-se que entre os jovens idosos e idosos as maiores prevalências foram para dor “forte” (45,2% e 41,3%, respectivamente), e as menores (11,3% e 10,8%, respectivamente) para “pior dor possível”. Já entre os muito idosos a maior frequência foi de “dor forte” e a menor (18,8%) de “dor leve”. Por faixa etária, observa-se que entre os jovens idosos e idosos as maiores prevalências foram para dor “forte” (45,2% e 41,3%, respectivamente), e as menores (11,3% e 10,8%, respectivamente) para “pior dor possível”. Já entre os muito idosos a maior frequência foi de “dor forte” e a menor (18,8%) de “dor leve”. Em relação ao gênero, observa-se que as mulheres relataram mais frequentemente dor de intensidade “forte” e “pior dor possível” do que os homens. Por outro lado, os relatos dos homens foram mais frequentes que o das mulheres, em relação a dores de intensidade “leve” e “moderada” (Tabela 5).

Quanto à autopercepção de saúde, em geral, a prevalência de relatos de saúde “ótima” foi de 6,0%; de saúde “boa”, 29,3%; de saúde “regular”, 50,2%; de saúde “ruim”, 11,1%; e de saúde “muito ruim”, de 3,3%.

Sobre intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde, na tabela 5, observa-se que quando a saúde foi percebida como “ótima” os relatos mais frequentes foram de dor “moderada” e dor “leve”. Não houve relatos de “pior dor” para saúde “ótima”. Quando a saúde foi percebida como “boa” os relatos mais frequentes foram de “dor leve”. Por outro lado, quando a saúde foi percebida como “regular”, “ruim” e “muito ruim” a intensidade de dor relatada com maior frequência foi “forte”, “forte” e “pior dor possível”, respectivamente. Quando a prevalência de

saúde “ruim” e “muito ruim” foi maior, houve relatos mais freqüentes de dor “forte” e “pior dor possível” e, ao contrário, quando tal prevalência reduziu os relatos mais frequentes foram de “dor leve” e “moderada”.

Tabela 5. Distribuição dos escores de intensidade da principal dor crônica (leve, moderada, forte, pior possível) segundo a faixa etária, gênero, locais de dor e autopercepção de saúde. Goiânia, GO, 2010

Variáveis	Intensidade de dor				Total (428) (100%)
	Leve (83) (19,4%)	Moderada (111) (26,0%)	Forte (180) (42,0%)	Pior possível (54) (12,6%)	
Faixa etária					
60–69 anos	42 (19,0)	54 (24,4)	100 (45,2)	25 (11,3)	221 (100)
70 –79 anos	28 (20,2)	38 (27,5)	57 (41,3)	15 (10,8)	138 (100)
80 ou mais	13 (18,8)	19 (27,5)	23 (33,3)	14 (20,3)	69 (100)
Gênero					
Feminino	51(16,4)	73 (23,5)	142(45,8)	44 (14,1)	310 (100)
Masculino	32 (27,1)	38 (32,2)	38 (32,2)	10 (8,4)	118 (100)
Locais de dor					
Cabeça/face/pescoço/cervical	17 (25,8)	14 (21,2)	26 (39,4)	9 (13,6)	66 (100)
Ombros/MMSS	8 (18,2)	13 (29,5)	16 (36,4)	7 (15,9)	44 (100)
Membros inferiores	23 (15,9)	43 (29,6)	60 (41,4)	19 (13,1)	145 (100)
Tórax e abdômen	5 (19,2)	6 (23,1)	14 (53,8)	1 (3,9)	26 (100)
Região Lombar	25 (19,8)	30 (23,8)	55 (43,7)	16 (12,7)	126 (100)
Região sacral/cóccix	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)
Anal/pélvica/genital	2 (25,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	8 (100)
Dor generalizada	0 (0,0)	4 (44,4)	5 (55,6)	0 (0,0)	9 (100)
SI	1	0	1	0	2
Autopercepção saúde					
Ótima	8 (33,3)	10 (41,7)	6 (25,0)	0 (0,0)	24 (100)
Boa	41 (33,9)	35 (28,9)	39 (32,2)	6 (5,0)	121 (100)
Regular	30 (14,0)	56 (26,0)	99 (46,0)	30 (14,0)	215 (100)
Ruim	3 (6,5)	8 (17,4)	26 (56,5)	9 (19,6)	46 (100)
Muito ruim	0 (0,0)	1 (6,7)	5 (33,3)	9 (60,0)	15 (100)
SI	1	1	5	0	7

SI = Sem informação

Ainda na Tabela 5, é possível observar que, independente do local onde a dor foi referida pelos idosos, o maior número de relatos foi de “dor forte”, exceto para região sacral e cóccix, que apareceram com 100% de “dor leve”.

Embora a dor possa manifestar-se em diferentes locais do corpo humano, um dos aspectos mais estressantes é a sua intensidade. Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) encontraram dor moderada em idosos de Londrina, PR, medida por meio de uma escala de copos e Becker et al. (1997) observaram dor severa ou insuportável em 73,0% da amostra e moderada em 27,0%, utilizando a Escala Visual Analógica (VAS).

Estudos internacionais que investigaram a intensidade da experiência dolorosa em pessoas idosas, apontaram índices de 18,0 a 52,0% de dor intensa (FERREL; FERREL; OSTERWELL 1990; PARMELEE; SMITH; KATZ, 1993). Reis,

Torres e Reis (2008) e Vallano et al. (2006), no entanto, encontraram intensidade leve a moderada 64,8% e de moderada a forte 86,4%.

Miró et al. (2007) encontraram prevalência de dor leve de 40,4%, moderada de 30,3%, forte de 15,0% e pior dor possível de 14,3%. Estratificando por faixa etária, os autores encontraram dor leve (43,3%) e dor pior possível (19,6%) entre os idosos com idade entre 75 e 84 anos; dor moderada (34,3%) e dor forte (15,4%), na faixa etária de 65-74 anos. Segundo o gênero e a faixa etária, os relatos de dor leve (33,3%) e pior possível (33,3%), prevaleceram entre as mulheres com idades entre 75 e 84 anos. Entre os homens, prevaleceram os relatos de dor leve (57,5%), na faixa etária de 75-84 anos, moderada (19,9%) entre idosos com idade de 65 a 74 anos; forte (28,6%) e pior possível (14,3%) na faixa de idade de 85 anos ou mais. Para Díaz, Marulanda e Sáenz (2009) a intensidade da dor crônica foi medida como moderada em 37,5%, semelhante aos dados acima citados, diferindo na dor severa ou intolerável que foi relatada por 52,5% das pessoas, não havendo diferença em relação ao gênero nesse aspecto.

Wong e Fielding (2011) e Watkins et al. (2008) mostraram que as mulheres e os muito idosos de seus estudos relataram intensidades de dor significativamente mais elevadas que os homens e idosos mais jovens; diferentemente dos dados de Turk, Okifuji e Scharff (1995), que apontaram associação significativa entre pessoas mais velhas e níveis mais baixos de intensidade de dor.

Contrário aos dados deste estudo, Yu et al. (2006) mostraram que a maioria dos sujeitos referiu dor leve (53,3%), moderada (42,4%) e severa (4,3%). No entanto, 40,2% das pessoas descreveram a dor que haviam experimentado como a pior dor sentida, dados corroborados por Bouhassira et al. (2008), que encontraram cerca de um terço (33,9%) dos entrevistados com relatos de dor leve, 46,5% com dor moderada e 16,1% com dor severa. Johannes et al. (2010) também encontraram a intensidade média da dor leve em 21% da amostra, moderada para 47,0%, e grave para 32,0%. Comparações entre estes achados e os do presente estudo são dificultadas pela divergência nas categorias utilizadas para classificar a intensidade da dor crônica.

No Brasil, Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) mensuraram a dor por meio de uma escala de copos, sendo que o primeiro dos seis copos - vazio - representava sem dor e o sexto copo - cheio -, representava a pior dor imaginável; e os copos "2" e "3" representaram dor leve, os copos "4" e "5" dor moderada. Entre os 451 idosos

que compuseram a amostra a intensidade subjetiva da dor na região dorsal (50,0%) e membros inferiores (53,6%) foi leve; e moderada em 42,7% e 35,0% deles, respectivamente. Nos membros inferiores a dor foi, ainda, intensa para 11,3% dos idosos. No geral, a dor crônica foi relatada como leve em 50,7% dos casos, moderada em 38,4% deles, e intensa, em 9,5%.

Celich e Galon (2009) mensuraram a intensidade da dor por meio de uma escala numérica de 0-10 cm e consideraram como ausência de dor o escore 0 (zero), os escores de 1 a 3 (dor leve); de 4 a 5 (dor moderada); de 6 a 7 (dor forte) e de 8 a 10 (dor insuportável) e encontraram 85,2% de relatos de dor moderada-forte. Intensidade moderada também foi encontrada em todos os locais do corpo incluindo a articulação (51,1%), pernas e braços (46,3%), costas (50,1%), região lombar (49,6%), abdômen (43,2%), peito (49,2%), cabeça/face (44,6%) com exceção da dor generalizada que foi relatada como a pior possível (45,8%). Watkins et al. (2008) e Thomsen et al. (2002) trouxeram predominantemente a intensidade da dor categorizada como forte. Embora categorizada de forma diferente à do presente estudo, observa-se que a intensidade moderada e forte foi relatada por muitos idosos de todos esses estudos, mostrando a importância dessa avaliação.

Para Lacerda et al. (2005) a intensidade da dor é um aspecto relevante. Dores mais intensas tendem a ser mais incapacitantes e a magnitude da queixa é fator importante no relato aos profissionais e familiares, na definição da terapêutica analgésica (tipo e dose) e na decisão de encaminhar, ou não, o paciente a especialistas.

Ademais, outro ponto importante para que sejam realizadas novas pesquisas com foco na medida da intensidade da dor, especialmente a crônica, em longevos, está no fato de haver relatos de convívio diário com essa experiência, inclusive entre aqueles com dor em membros inferiores e nas costas (DELLAROSA; PIMENTA; MATSUO, 2007), locais frequentemente relatados no presente estudo. Perdas na capacidade de deambular, e associação de comorbidades (ansiedade e depressão) fazem com que a experiência dolorosa gere sofrimento prolongado, intenso e muitas vezes desnecessário (GOMES et al., 2007).

Dores intensas prejudicam a qualidade de vida, redução do convívio social, prejuízos nos relacionamentos e atividades de lazer, justificando o direito das pessoas em obter alívio para suas dores. Corroboram tais colocações os achados de Falcão (2006) que revelaram ser a intensidade de dor crônica uma das variáveis

que influenciou a qualidade de vida dos idosos da cidade de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. Bendebba, Torgerson e Log (1997) em estudo realizado com 2.348 pacientes com dor lombar crônica, constataram relação forte e moderada entre as variáveis: intensidade de dor e incapacidade. Nesse sentido, Finset, Winger e Gotestam (2004) avançaram e colocaram que humor deprimido esteve associado à intensidade da dor, influenciando a resposta ao tratamento da queixa álgica.

A literatura aponta falta de padronização no uso de escalas de intensidade de dor e mesmo quando são semelhantes, como no caso da escala numérica de 0-10, usada no presente estudo, muitas vezes o ranking dos escores para caracterização da intensidade dolorosa nas categorias “leve”, “moderada”, “forte” e “pior dor possível” nem sempre é o mesmo. Tal fato dificulta a comparação dos achados com outros estudos neste quesito. Adicionalmente a isso, definições de dor crônica que ignoram a frequência dos episódios e incluem apenas aqueles com queixa de dor moderada ou grave também se constituem em problemas. Medidas subjetivas de dor e capacidade funcional são limitadas para assegurar que dor leve, moderada e grave são categorias semelhantes para diferentes grupos de pessoas (WATKINS et al., 2008).

A dor pode ser considerada uma das situações mais incômodas e desesperadoras que acometem o ser humano e se constitui em problema importante na vida dos idosos (BARR, 2002). Perruccio et al. (2010) encontraram que dor por um período prolongado e de intensidade elevada foi significativamente associada com pior autopercepção de saúde.

A autopercepção de saúde como prática de saúde pública pode se tornar uma forma sensata, prática e eficiente para identificar grupos populacionais em que o autorrelato do estado de saúde ruim pode indicar uma oportunidade para a intervenção e, adicionalmente, por meio desse indicador poder avaliar o impacto das intervenções instituídas (PERUCCIO et al., 2010).

Para Ramage-Morin (2008) as chances de se perceber negativamente a saúde foram maiores, 6,9 vezes, entre aqueles que sofreram um aumento considerável na intensidade da dor. Mantyselka et al. (2003) encontraram taxas de prevalência de saúde regular de 38,1% em idosos que relataram dor uma vez por semana (para 46,0% a dor era diária ou contínua) e ruim, de 5,1%, entre aqueles que referiram dor uma vez por semana (para 31,7% a dor era diária ou contínua). As

taxas aumentaram de acordo com a frequência maior de dor intensa e entre indivíduos mais velhos.

Cott, Gignac e Badley (1999) indentificaram que 70,0% das pessoas que não relataram dor em seu estudo, a saúde foi percebida como excelente ou muito boa. Concluíram que os entrevistados com dor crônica mais intensa foram mais propensos a relatar saúde ruim, mostrando que a intensidade de dor contribui significativamente para piores avaliações de saúde. Em análise da amostra geral, a intensidade de dor foi associada significativamente com problemas de saúde vigentes.

A dor induz as pessoas a autoperceberem sua saúde como negativa, a pensarem negativamente e a ter idéias pessimistas sobre o futuro. Ainda, interfere na atividade laboral, conseqüentemente na diminuição da renda e no aumento do número de aposentadorias precoces por motivo de doença (Jesen, Thomsen e Højsted, 2006). Idosos da comunidade têm 3,5 mais chances de perceber negativamente a sua saúde quando a dor aumenta de intensidade, passando de níveis baixos a moderados (Ramage-Morin, 2008). Silva e Menezes (2007) trouxeram que, quanto maior a dor, maior a chance do idoso perceber a própria saúde como ruim.

Para Mantyselka et al. (2003) um terço (33,4%) dos indivíduos com dores crônicas avaliaram sua saúde como ruim e a dor crônica foi relacionada com autopercepção de saúde prejudicada. Em população de idosos, em Bambuí, Estado de Minas Gerais, dados divergentes ao deste estudo foram encontrados, onde 49,2% julgaram a saúde como razoável (LIMA-COSTA et al., 2004).

Relacionado ao gênero, a autopercepção da saúde apresenta maior sensibilidade quando utilizada em homens idosos do que em mulheres idosas. Como as mulheres alcançam idades mais avançadas, podem conviver com maior número de doenças e incapacidades, tendendo a avaliar mais negativamente a sua saúde, por associá-la à qualidade de vida. Os homens, no entanto, quando avaliam sua saúde de forma negativa, apresentam risco maior de serem acometidos por um evento fatal (IDLER, 2003).

A percepção da própria saúde é forte indicador do estado de saúde dos idosos, porque prediz, de forma consistente, a sobrevivência dessa população (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Em Guarapuava, 54,6% dos entrevistados consideraram sua saúde “boa” e 31,5% “ruim”. No contexto da saúde, a

autopercepção de saúde considerada ruim aumenta o risco de mortalidade, interfere na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo (TAVARES; GUIDETTI; SAÚDE, 2008). A percepção da própria saúde entre os idosos deve ser reconhecida pelos profissionais para auxiliar na implementação de ações individuais que promovam melhoria do seu estado de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Jardim, Barreto Giatti (2010) mostraram que em relação à própria saúde, 31,0% dos idosos avaliaram-na como muito boa ou boa, 54,0% como regular e 15,0% como ruim ou muito ruim. Por faixa etária, 39,0% dos idosos com 60-64 anos avaliaram a saúde como boa, e 19,0% como ruim. Entre aqueles com 65-69 anos, 21,0% julgaram sua saúde como boa e 42,0% como ruim. E entre os idosos com 70 anos e mais, 40,0% julgaram-na como boa, e 39,0% como ruim. Estudo canadense, que comparou 9.371 indivíduos com idades entre 55-64 anos e 65-74 anos também não observou avaliação da saúde como pior na faixa etária mais velha, provavelmente em decorrência do efeito de sobrevivência e de menor expectativa de saúde em idades mais avançadas. Segundo o efeito de sobrevivência, indivíduos mais doentes já morreram ou estão institucionalizados e, portanto, a coorte sobrevivente residente na comunidade é menos doente e mais saudável. Também é possível que os indivíduos modifiquem sua maneira de avaliar a saúde com o avançar da idade, ou utilizem referências etárias distintas ao fazê-lo (SHOOSHTARI; MENEZES; TATE, 2007).

Entre os gêneros, a mulher aparece com piores autopercepções de saúde. E a importância dessa constatação está no fato dessas avaliações não serem mais consideradas meramente impressões relacionadas a condições reais de saúde. Estudos recentes mostraram que os indivíduos com saúde deficiente apresentam riscos de mortalidade consistentemente mais altos do que aqueles que reportam melhor estado de saúde. Considerando que os resultados obtidos possam refletir diferenciais reais no estado de saúde, dever-se-ia esperar uma maior mortalidade para as mulheres do que para os homens, resultado incoerente com os padrões de mortalidade em pessoas idosas (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Nesse sentido, Peláez (2001) coloca que uma interpretação alternativa é que as respostas das mulheres incluem uma consideração de limitações e condições não fatais que comprometem a validade das medidas baseadas nas proporções que reportam estar em boa saúde, como indicador das condições que prognosticam a mortalidade a curto prazo (PELÁEZ, 2001).

Mastroeni et al. (2007) através de inquéritos populacionais têm mostrado que as mulheres na velhice apresentam mais problemas de saúde e sentem-se menos saudáveis do que os homens, situação que é agravada pelos maiores índices de viuvez e solidão, e pelo prolongamento do tempo de vida média. Semelhante ao exposto, pessoas do gênero feminino e mais idosos avaliaram pior sua saúde. A referência a dores crônicas permaneceu como a variável de maior impacto sobre a saúde, representando aumento de quase oito vezes na chance de avaliá-la negativamente (HOFELMANN; BLANK, 2007).

Segundo Palloni e Peláez (2002) há muitos determinantes que interferem na autopercepção da saúde, entre eles está a cultura, maior influenciador. Assim sendo, os níveis são uniformemente elevados em países cujas diversidades culturais são bem conhecidas. Houve disparidades de gênero em todos os países da pesquisa SABE, porém os homens mostraram ter autorrelato de dor pior que as mulheres. Esta é uma característica dos padrões de autorrelatos em outros países, e não uma característica única dos dados SABE. Assim sendo, autorrelatos de problemas de saúde, menor participação no trabalho, viver sozinho, menor educação e recebimento de pensão fazem com que as piores condições de saúde sejam autorrelatadas.

Silva e Menezes (2007) constataram que a variável dor foi associada significativamente com autopercepção de saúde. Esse resultado era esperado, uma vez que o estudo de Mantyselka et al. (2003) demonstraram forte associação entre autopercepção de saúde e dor crônica, independente de doenças crônicas, gênero e idade. A idade não foi fator associado com autopercepção de saúde, achado divergente daquele encontrado por Mccullough e Laurenceau (2004), que demonstraram autopercepção de saúde pior com o avanço da idade.

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que a prevalência de dor crônica entre os idosos desse estudo é alta, não reduz com o passar dos anos e é mais intensa entre os muito idosos, como observado em outros estudos.

A dor crônica acometeu com maior frequência os membros inferiores e a região lombar, apontando a importância dos profissionais de saúde considerarem a experiência dolorosa ao avaliarem a capacidade funcional do idoso. Tais locais estão diretamente relacionados às atividades que exigem deslocamento e podem prejudicar a autonomia e qualidade de vida dessas pessoas.

Maior prevalência de relatos de saúde ruim e muito ruim foi encontrada entre os idosos que relataram pior intensidade de dor, apontando a necessidade de avaliações mais abrangentes da experiência dolorosa, valorizando a mensuração como ponto fundamental no refinamento da comunicação entre quem sente e quem trata a dor.

A prevalência elevada de idosos do gênero feminino, com o ensino primário e renda menor que um salário mínimo, que referiram dor e autoperceberam sua saúde como regular aponta a importância de se instituir políticas públicas de saúde e implementar programas de atendimento ao idoso com dor, considerando a feminilização do processo de envelhecimento.

Estudos de base populacional são necessários e cumprem seu papel, no sentido de apontar e auxiliar na implementação de estratégias e ações políticas que almejem o bem estar biológico, psicológico, social e espiritual da população idosa, com base em suas verdadeiras necessidades e não somente em seus direitos. Aspectos negativos desta investigação mostram que Goiânia possui desafios na atenção à saúde das pessoas com mais de 60 anos de idade. Esses desafios dizem respeito à elevada prevalência e intensidade de dores crônicas. Ademais, o perfil de dor encontrado nesta pesquisa, relacionado à baixa renda familiar e ao reduzido grau de escolaridade, nos remetem aos fatores que podem interferir no processo de adoecer do idoso.

7. REFERÊNCIAS

AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons Clinical Practice Guidelines. *J Am Geriatr Soc.* 1998;53(suppl.3):S8-24.

Albuquerque SMRL. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da Qualidade de Vida de idosos [Thesis]. São Paulo: FMUSP; 2005.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333-41.

Amero P, Muriel C, Santos J, Sánchez-Montero FJ, Rodrigues RE, Gonzalez RS. Bases genéticas del dolor. *Revista da Sociedad Espanhola del dolor.* 2004;11(7):444-51.

Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med.* 1993;36(1):33-46.

Ariëns GAM, Borghouts JAJ, Koes BW. Neck pain. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Leresche L, Von Korff M. *Epidemiology of pain.* Seattle: IASP Press; 1999.

Associação brasileira das empresas de pesquisa (ABEP). Critério padrão de classificação econômica. Brasil/2008, julho 2007.

Augusto ACC, Soares CPSS, Resende MA, Pereira LSM. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. *Textos Envelhecimento.* 2004;7(1):89-104.

Baldin CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. *RBCEH.* 2008;5(1):43-54.

Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science and Medicine.* 2001;53(10):1373-81.

Barr JO. Controle conservador da dor no paciente idoso. In: Guccione AA, editor. *Fisioterapia Geriátrica.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 333-56.

Barro N. Manifestações clínicas da dor crônica e princípios de tratamento. *Dor, Diagnóstico e tratamento*. 2004 out/nov/dez;1(3):22-27.

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Suppl2:S27-37.

Bassols A, Bosch F, Baños JE. How does the general population treat their pain? A Survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage*. 2002 Apr;23(4):318-28.

Becker N, Bondegaard Thomsen A, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*. 1997 Dec;73(3):393-400.

Becker N, Sjøgren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled study. *Pain*. 2000;84:203–11.

Bendebba M, Torgerson WS, Long DM. Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*. 1997;72(1-2):115-25.

Berlanga AJB, Arango SM, Robledo LMG. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública de México*. 2007;49(supl 4):488-94.

Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Soc Sci Med*. 1999;48(6):745-55.

Birse TM, Lander J. Prevalence de chronic pain. *Can J Public Health* 1998; 89:129-31.

Blomqvist K, Edberg AK. Living with persistent pain: experience of older people receiving home care. *Journal of Advance Nursing*. 2002;40(3):297-306.

Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorn LR, Willianson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89(2-3):127-34.

Bosley BN, Weiner DK, Rudy TE, Granieri E. Is chronic nonmalignant pain associated with decreased appetite in older adults? Preliminary evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(2):247-51.

Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*. 2008 Jun;136(3):380-87.

Bowsher D, Rigge M, Sopp L. Prevalence of chronic pain in the British population: a telephone survey of 1037 households. *Pain Clin*. 1991;4(4):223-30.

Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispositivos Constitucionais do Estatuto do Idoso, Brasília, DF, 2004.

Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996;67:29-34.

Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: the results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989;37(2):215-22.

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallanher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-333.

Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulewitch H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *The Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(11):1847-51.

Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni, ML (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.88-104.

Camarano AA. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. *Perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

Carneiro NM. *Acupuntura Baseada em Evidências*. Florianópolis: Edição particular; 2000.

Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2009;12(3):345-59.

Chaimowicz FA. *Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI*:

problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.

Chaves LD. O processo de enfermagem no atendimento do indivíduo com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editores. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. p. 51-8.

Cheng YH, Chi EU, Boey KW, Ko LSF, Chou KL. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. 2002 Oct;55(8):1415-24.

Chung JWY, Wong TKS. Prevalence of pain in a community population. *Pain Medicine*. 2007;8(3):235-42.

Cleary KK, Howell DM. Using the SF-36 to determine perceived health related quality of life in rural Idaho Seniors. *Journal Allied Health*. 2006;35(3):156-61.

Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa*. Porto Alegre: CEI, 1997.

Côte P, Cassidy D, Carroll L. The factors associated with neck pain and its related disability in the Saskatchewan population. *Spine*. 2000;25(9):1109-17.

Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:731-36.

Crombie IK, Davies HTO. Requirements for Epidemiological Studies. In: Crombie IA, et al. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press, 1999.

Currow DC, Agar M, Plummer JL, Blyth FM, Abernethy AP. Chronic pain in South Australia – population levels that interfere extremely with activities of daily living. *Aust NZ J Public Health*. 2010;34(3):232-39.

Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):887-94.

Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):641-57.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: Características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-americana de Enfermagem. 2004 maio-junho;12(3):518-24.

Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. Revista da Associação Médica Brasileira. 2008;54:36-41.

Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad Saude Publica. 2007 mai;23(5):1151-60.

Díaz RC, Marulanda FM, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónica en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). Acta méd. colomb. 2009 jul-sept;34(3):96-102.

Doll J. Luto e viuvez na velhice. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1339-52.

Duong BD, Kerns RD, Towle V, Reid MC. Identifying the activities affected by chronic nonmalignant pain in older veterans receiving primary care. Journal of the American Geriatrics Society. 2005;53(4):687-94.

Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. The course of chronic pain in the community results of a 4-year follow-up study. Pain. 2002;99:299-307.

Elliott AM, Smith BH, Penny KL, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. The Lancet. 1999 oct;354(9):1248-52.

Falcão FCOS. Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos com dor lombar crônica [Dissertation]. Campinas: Unicamp; 2006.

Farenzena WP. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis-RS. [Dissertation]. Porto Alegre: PUCRS; 2007.

Ferrell BA. Pain management in elderly people. J Am geriatr soc. 1991;39(1):64-73.

Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. The Journal of the American Geriatrics Society. 1990;38(4):409-14.

Finset A, Wigers SH, Gøtestam KG. Depressed mood impedes pain treatment response in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* May. 2004;31(5):976-80.

Fisher SE, Burgio LD, Thorn BE, Allen-Burge R, Gerstle J, Roth DL et al. Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home residents: association of certified nursing assistant pain report, Minimum Data Set pain report, and analgesic medication use. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jan;50(1):152-6.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975 Nov;12(3):189-98.

Fox KR, Stathi A, McKenna J, Davis MG. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *Europ Appl Physiol*. 2007;100:591-602.

Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crônica em el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8(1):29-38.

Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sant. Panam.*, 1991, 111(6):485-96

Fried LP, Waltson J. Frailty and frailure to thrive. In: Hazzard W et al. (ed.) *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1487-1502.

Gallagher RM. TREATMENT PLANNING IN PAIN MEDICINE: Integrating medical, physical, and behavioral therapies. *Medical Clinical N Am*. 1999 May;83(3):823-49.

Garcia RA, Carvalho JAM. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003 maio-junho;19(3):725-33.

Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1999.

Gloth FM. Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increased complications. *Geriatrics*. 2000 Oct;55(10):46-8, 51-4.

Gomes JCP, Teixeira MJ. Dor no idoso. *Revista Brasileira Médica*. 2007;64(11especial):45-54.

Gomes KRO, Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):75-82.

Grimby C, Fastbom J, Forsell Y, Thorslund M, Claesson CB, Winblad B. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1999 agu;29(1):29-43.

Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhoj ML. Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical patients. *Psychosomatic Medicine*. 2002;64:668–75.

Hardt J, Jacobsen C, Goldberg J, Nickel R, Buchwald D. Prevalence of Chronic Pain in a Representative Sample in the United States. *Pain Medicine*. 2008;9(7):803-12.

Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine*. 1995 Jan;20(1):11-19.

Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [Thesis]. Porto Alegre: PUCRS;2008.

Helme RD, Gibson SJ. Pain in Older People. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press. 1999;12:103-12.

Helme RD, Gibson SJ. Pain in the elderly. In: Jensen TS, Turner JA, Wesenfeld SH (eds). *Proceedings of the VIII World on Pain: Progress in Pain Research and Management*. Seattle: IASP Press. 1997;8:919-44.

Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2001;17(3):457-76

Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van Den Bos GAM. Aging and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science and Medicine*. 1997;45(10):1527-36.

Hofelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):777-87.

House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1994 Sep;35(3):213-34.

Huge V, Schloderer U, Steinberger M, Wuenschmann B, Schöps P, Beyer A, Azad SC. Impact of a functional restoration program on pain and health-related quality of life in patients with chronic low back pain. *Pain Med*. 2006 Dez;7(6):501-08.

Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*. 2003;43(3):372-75.

Inouye K, Pedrazzani E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(n.spe):742-7.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo de 2000. Rio de Janeiro, 2000. Available from: <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil 2010. Rio de Janeiro, 2010. Available from: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/>.

Jacob Filho W. Atividade física e envelhecimento saudável. São Paulo: Atheneu; 2006.

Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1120-29.

Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Mar;16(3):95-104.

Jensen MK, Thomsen AB, Højsted J. 10-Year follow-up of chronic non-malignant pain patients: opioid use, health related quality of life and health care utilization. *Eur J Pain* 2006;10(5):423–33.

Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *The Journal of Pain*. 2010;11(11):1230-39.

Lacerda PF, Godoy LF, Cobianchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. *Rev Elet de Enfermagem [periódico online]*. 2005;7(1):29-40.

Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003:01-255.

Lee S, Chen PP, Lee A, Ma M, Wong CM, Gin T. A prospective evaluation of health-related quality of life in Hong Kong Chinese patients with chronic non-cancer pain. *Hong Kong Medical Journal*. 2005;11(4):174-80.

Lethbridge-ÇeJku M, Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for U.S. Adults: national health interview survey 2002. *Vital and Health Statistics*. 2004;10(222):1-161.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchoa EA. A influência de respondente substituto na percepção de saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional pó Amostra de Domicílios (1998,2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(8):1893-1902.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa EA. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(6):827-34.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.

Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):592-605.

Macintyre S, Ford G, Hund K. Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci & Med*. 1999 Jan;48(1):89-98.

Mackenbach JP, van den Bos J, Joung IM, van de Mheen H, Stronks K. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *Inter J Epidemiol*. 1994;23(6):1273-81.

Madigan SR, Raj PP. Historia y estado actual del tratamiento del dolor. In: Raj PP. Tratamiento práctico del dolor. Madrid: Mosby-Doyman; 2000. p.3-15.

Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and nutrition examination I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*. 1993 may;53(2):163-8.

Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2011;16:1-6.

Mantyselka PT, Turumen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003;290(18):2435-42.

Márquez JO, Souza MC. Dor em idosos. In: Teixeira MJ, Filho JLB, Marquez JO, Yeng LT. Dor - contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003.

Martinez JE, Macedo AC, Pinheiro DFC, Novato FC, Jorge CM, Teixeira DT. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatrica*. 2004;11(2):67-71.

Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroenil SSBS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joiville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):190-201.

Mcclean WJ, Higginbotham NH. Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *The Medical journal of Australia*. 2002;177:17-20.

McCullough ME, Laurenceau JP. Gender and natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychol*. 2004;23:651-55.

Meana M, Cho R, Desmeules M. Chronic Pain: the extra burden on Canadian women. *BMC Women's Health*. 2004;4(Suppl 1):S17.

Melzack R. Pain – an overview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*. 1999;43(9):880-84.

Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):168-77.

Menta SA. Qualidade de vida em idosos asilados [Dissertation]. Campo Grande: UCDB; 2003.

Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 1998;20(9):317-29.

Merskey NB. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília 2006.

Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*. 2007;11(1):83-92.

Mobily PR, Herr KA, Clark MK, Wallace RB. An epidemiologic analysis of pain in the elderly. The Iowa 65+ Rural Health Study. *J. Aging Health*. 1994 May;6(2):139-54.

Morimoto T, Oguma Y, Yamazaki S, Sokejima S, Nakayama T, Fukuhara. Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization. *Qual Life Res*. 2006;15(3):537-46.

Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives of gerontology and geriatrics*. 2006;43:369-80.

Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. São Paulo: Alínea; 2001.

Neri AL. Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papyrus; 2001.

Neville A, Peleg R, Singer Y, Sherf M, Shvartzman P. Chronic pain: a population-based study. *Isr Med Assoc J*. 2008 Oct;10(10):676-80.

Núñez M, Sanchez A, Nuñez E, Casals T, Alegre C, Munõz JG. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qual Life Res.* 2006;15:93-102.

Oliveira RC. Estudo de ocorrência de quedas e seus fatores de risco em idosos não institucionalizados na cidade de Batataí (SP) [Dissertation]. Ribeirão Preto: USP; 2003.

Oltromari G. Influência da resiliência na dor crônica de idosos [Dissertation]. Porto Alegre: PUCRS; 2010.

Oréface JLF, Valério SD, Souza JC. Qualidade de Vida em idosas submetidas a tratamento hidrocinesioterapêutico. In: Fórum internacional de qualidade de vida e saúde. 2006;1(4):224.

Pagotto V. Auto-avaliação do estado de saúde em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás. [Dissertation]. Goiânia: UFG; 2009.

Palloni A., Peláez M. SABE: Survey on Health and Well-Being of Elders: preliminary report. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

Panazzolo D, Trelha CS, Dellaroza MSG, Cabrera M, Souza R. Dor crônica em idosos moradores do conjunto Cabo Frio, cidade de Londrina/PR. *Rev. Dor.* 2007;8(3):1047-51.

Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: história, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rochas SM. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p.2-12.

Papaléo Netto M. *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 1999.

Parmelle PA, Smith B, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc.* 1993 May;41(5):517-22.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Netto MP. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 1996. p.26-43.

Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):757-68.

Peláez, M. SABE: Relatório de trabalho. Washington, DC: Organización Panamericana da la Salud, 2001.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2006;28(1):27-37.

Perruccio AV, Badley EM, Hogg-Johnson S, Davis AM. Characterizing self-rated health during a period of changing health status. *Social Science & Medicine*. 2010;71:1636-43.

Perruccio AV, Power JD, Badley EM. Arthritis onset and worsening self-rated health: a longitudinal evaluation of the role of pain and activity limitations. *Arthritis and Rheumatism*. 2005;53(4):571-77.

Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011 set-out;19(5):[09 telas].

Pimenta CAM, Cruz DALM, Rossetto EG, Dellaroza MSG, Kreling MCGD. Epidemiologia da dor. In: Figueiro JAB, Angelotti G, Pimenta Cam. *Dor e saúde mental*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-22.

Pimenta CAM. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2001;28(6):288-94.

Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. Carvalho MMJD, organizador. *Dor: Um estudo multidisciplinas*. São Paulo: Summus; 1999. p.31-46.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Avaliação da dor. *Rev Medicina*. 1997;76:27-35.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1996;30(3):473-83.

Pinheiro RS, Viscava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Porto CC. Sinais e Sintomas. In: Porto CC. *Exame Clínico. Bases para prática médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Power JD, Perruccio AV, Badley EM. Pain as a mediator of sleep problems in arthritis and other chronic conditions. *Arthritis & Rheumatism*. 2005;53(6):911-19.

Queiroz LP, Barea LM, Blank N. An epidemiological study of headache in Florianopolis, Brazil. *Cephalalgia*. 2006;26(2):122-7.

Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental – Part 1: Are there really differences between women and men? *Pain*. 2012;153(3):602-18.

Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception – Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*. 2012; 153(3):619-35.

Ramage-Morin PL. Chronic pain in Canadian seniors. *Health Reports*. 2008;19(1):01-17.

Reis LA, Torres GV, Reis LA. Pain characterization in institutionalized elderly patients. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 2008;66(2b):331-35.

Resolução 196/96. Conselho Nacional Saúde. 1996 out 10. Estabelece normas sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Pub DOU 201, [out 10,1996].

Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*. 2002;95:75-82.

Ribeiro RCL et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Est Interdiscipl Envelhec*. 2002;4:85-96.

Roy R, Thomas MR. A survey of chronic pain in an elderly population. *Can. Fam. Physician*. 1986;32:513–516.

Roy R, Thomas MR. Elderly persons with and without pain: A comparative study. *Clin. J. Pain*. 1987;3(2):102-06.

Rowbotham MC. What is a 'clinically meaningful' reduction in pain? *Pain*. 2001;94(2):131-32.

Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of live among younger, middle-aged, and older adults. *Clinical Journal of Pain*. 2005 Nov-Dec;21(6):513-23.

Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain*. 2004;8:555-65.

Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):622-30.

Saletu B, et. al. Insomnia in somatoform pain disorder: sleep laboratory studies on differences to controls and acute effects of trazodone, evaluated by the Somnolyzer 24 x 7 and the Siesta database. *Neuropsychobiology*. 2005;51(3):148-63.

Salvettil MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-efficacy Scale para língua portuguesa. *Revista de psiquiatria clínica*. 2005;32(4):202-10.

Santiago LM. Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG [Dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. 2009; 76p.

Schiller JS, Bernadel L. Summary health statistics for the U.S. population: national health interview survey, 2002. *Vital Health Stat*. 2004;10(220):1-101.

Silva MJ, Lopes MVO, Aragão MFM, Moraes LA. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(2):14-20.

Silva RB. Perfil socioeconômico e de saúde dos idosos participantes do grupo de convivência "conviver" no município de Estação/RS [Dissertation]. Erechim: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões; 2007.

Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med*. 2007 jan-mar; 86(1):28-38.

Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saude Publica*. 2003 Maio-Jun;19(3):839-47.

Shooshtari S, Menec V, Tate R. Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-54) and older (55+) canadian adults: a longitudinal study of well-being. *Res Aging*. 2007;29(6):512-54.

Sjedlecki SL. Predictors of self-rated health in patients with chronic nonmalignant pain. *Pain management nursing*. 2006;7(3):109-16.

Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain*. 2009;13(3):287-92.

Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting J. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment – an observational cohort study. *BMC geriatrics*. 2007;7:3.

Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*. 2001 18(3):292-99.

Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo, VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(4):741-49.

Stein WM, Ferrell BA. Pain in nursing home. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1996;12:601-13.

Stewart WF, Lipton RB, Celentand DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1992;267(1):64-9.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21 suppl:S54-S64.

Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(2):299-309.

Teixeira MJ, Filho JLB, Marquez JO, Yeng LT. Dor - contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003.

Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor. Avaliação do doente com Dor. São Paulo: Moreira Jr; 2001.

Teixeira MJ, Marcon RM, Rocha RO. Epidemiologia da dor. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Júnior, 2001. p.1-7.

Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS. Epidemiologia clínica do dor músculo-esquelética. Rev Med. 2001;80(Ed Esp pt 1):1-21.

Teixeira MJ, Marcon RM, Rocha RO, Figueiró JB. Epidemiologia clínica da dor. Rev Medicina. 1999;78(2):36-52.

Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. Revista médica de São Paulo. 1997;76(1):7-20.

Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Revista de Saúde Pública. 2008;42(1):73-81.

Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). Pain. 2004;110(1-2):361-68.

Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. European Journal of Pain. 2002;6:341-52.

Thomsen AB, Becker N, Eriksen J. Opioid rotation in in chronic non-malignant pain patients. A retrospective study. Acta Anaesthesiol Scand. 1999;43:918–23.

Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. Rev Espaço Saúde. 2009;10(2):12-7.

Torvik K, Kaasa S, Kirkevold O, Rustoen T. Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes. Pain Management Nursing. 2010;11(1):35-44.

Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos de Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(suppl 1): 98-112.

Trentini C. Qualidade de Vida em Idosos [Thesis]. Porto Alegre: UFRGS; 2004.

Tse MMY, Pun SPY, Benzie IFF. Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centred intervention. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(3):315-20.

Turk DC, Melzac R(Eds). *Handbook of Pain Assessment*, 2nd Ed. New York: Guilford Press. 2001;PP295-314.

Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*. 1995;61:93–101.

Vallano A, Malouf J, Payrullet P, Baños JE. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *European Journal of Pain*. 2006;10(8):721-31.

van Herk R, Boerlage AA, van Dijk M, Baar FP, Tibboel D, Wit R. Pain management in Dutch nursing homes leaves much to be desired. *Pain Management Nursing*. 2009;10(1):32-39.

Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.

Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10):2463-66.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-21.

Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988 Feb;32(2):173–83.

Wahl AK, Rustoen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen O, Miaskowski C, et. al. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Quality of Life Research*. 2009;18(8):971–80.

Wang N, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L, et al. Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol.* 2005;15(5):155-62.

Watson GD, Chandara PC, Merskey H. Relationships between pain and schizophrenia. *Brit J Psychiatr.* 1981;138:33-6.

Watkins EA, Phil D, Wollan PC, Melton LJ, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted County Health Study. *Pain medicine.* 2008;9(2):166-74.

Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Alison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine.* 2003;28(11):1195-202.

Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med.* 2006;7(1):60-70.

Wijhoven H, de Vet H, Picavet S. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in general population. *Pain.* 2006;124(1-2):158-66.

Wong WS, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. *The Journal of Pain.* 2011;12(2):236-45.

World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília (DF): Organização Pan – Americana de Saúde; 2005. 60 p. WHO/NMH/NPH/02.8

World Health Organization. WHOQOL measuring Quality of Life. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf> Acesso em: 20 dez. 2010.

Yoshinari NH, Bonfá R. *Reumatologia para o clínico.* São Paulo: Roca; 2000.

Yu H, Tang F, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. *Pain Management Nursing.* 2006 Mar;7(1):2-11.

Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science and Medicine.* 2001;52(8):1297-1311.

Karasek M. Does melatonin play a role in aging processes? *Journal of physiology and pharmacology: an official journal of the Polish Physiological Society*. 2007;58(6):105-113.

Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surgical Clinics North America*. 1999;79(2):231-52.

Kemp CA, Ersek M, Turner JA. A descriptive study of older adults with persistent pain: use and perceived effectiveness of pain management strategies. *BMC Geriatrics*. 2005;5(12):1-10.

Khan F, Pallant J. Chronic pain in multiple sclerosis: prevalence, characteristics, and impact on quality of life in an Australian community cohort. *The Journal of Pain*. 2007 May;8(8):614-23.

Koleva D, Krulichova I, Bertolini G, Caimi V, Garattini L. Pain in primary care: an Italian survey. *European Journal of Public Health*. 2005;15(5):475-79.

Kovach CR, Noonan PE, Griffie J, Muchka S, Weissman DE. The assessment of discomfort in dementia protocol. *Pain Management Nursing*. 2002;3(1):16-27.

Kraychete DC, Sakata RK, Tanajura D, Guimarães AC, Angelim M. Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do hospital universitário professor Edgard Santos – UFBA. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2003;27(2):185-95.

Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *REBEn*. 2006;59(4):509-13.

Kubzansky LD, Berkman LF, Glass TA, Seeman TE. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosom Med*. 1998;60(5):578-85.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada “**SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS**”.

Meu nome é _____ e sou a entrevistadora. Este estudo faz parte da Rede de Pesquisa de Vigilância à Saúde do Idoso **REVISI** no Estado de Goiás, e as instituições envolvidas nele são: Universidade Federal de Goiás (Faculdade de Enfermagem, Farmácia, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública) e as secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

O objetivo geral deste estudo é realizar um levantamento de informações (inquérito populacional) sobre a população idosa e a identificação de suas necessidades de assistência social e em saúde. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os idosos receberão como resultado dessa pesquisa, poderão ser visualizados por mudanças nas ações relacionadas à Política de Saúde do Idoso no município de Goiânia, tais como: melhoria no planejamento e acompanhamento de saúde da pessoa idosa, redefinição das ações e planos de assistência e cuidado a esta população.

O(a) senhor(a) terá o benefício de saber como está sua pressão e seus níveis de colesterol. Se for diabético(a) ou hipertenso(a) poderá saber como está o controle dessas doenças atualmente. Em relação à investigação imunológica, esclarecemos que o(a) senhor(a) não terá benefícios imediatos em sua saúde, porém, sua participação é importante para o avanço nos conhecimentos científicos sobre o processo de envelhecimento, diagnóstico e prevenção de doenças na população idosa.

Além disso, o(a) senhor(a) receberá em sua casa o resultado dos exames, que deverão ser avaliados por um médico mediante consulta agendada, conforme disponibilidade do serviço municipal de saúde/SUS ou outros serviços médicos de sua escolha (particulares ou convênios).

Esta pesquisa será desenvolvida em duas partes: a **primeira** é a de entrevista e a **segunda** a de coleta de sangue.

Assim, concordando em participar, iniciaremos com a entrevista e medida da sua pressão arterial. Ao término, agendaremos a data da coleta de sangue para realização dos exames.

1) Entrevista: nesta etapa, o(a) senhor(a) responderá a várias perguntas sobre sua pessoa, sua saúde e seus familiares. Poderá sentir irritabilidade e/ou cansaço, não se preocupe, basta avisar e daremos um tempo para seu descanso. Poderemos até continuar no dia seguinte ou interromper a sua participação, sem qualquer prejuízo para o(a) senhor(a).

2) Coleta de Sangue: serão coletados aproximadamente 15 ml de sangue e esse material será utilizado, exclusivamente para o alcance dos objetivos apresentados. Após a análise laboratorial, ele será desprezado, garantindo que o sangue não será usado para qualquer outro fim.

O procedimento será executado por pessoal treinado com técnica rigorosa e material esterilizado e descartável. No local da punção poderá aparecer uma mancha arroxeadada que logo desaparecerá.

O(a) senhor(a) poderá aceitar ou não esta etapa da pesquisa e terá liberdade para participar somente da entrevista.

Em caso de aceite, marque SIM (casela abaixo) para a coleta de sangue e em caso de recusa, marque NÃO:

Coleta de sangue [] SIM [] NÃO

Informamos, ainda, que seu nome não aparecerá na pesquisa, sendo garantido o sigilo quanto à sua identidade. Garantimos que o(a) senhor(a) não sofrerá constrangimentos, danos, prejuízos ou despesas financeiras. Também não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar, tendo total liberdade de se recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento. Os resultados deste estudo serão posteriormente divulgados em eventos científicos e publicados em revistas científicas.

A coordenadora geral desta pesquisa é a Prof^a Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, da Faculdade de Enfermagem/UFG e poderá esclarecê-lo em caso de dúvidas pelos telefones: (62)3209-6280, (62)8194-0294 (inclusive ligações a cobrar).

Após os esclarecimentos e informações, se o(a) senhor(a) aceitar fazer parte do estudo, favor assinar abaixo, em duas vias de igual conteúdo. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Para outros esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Concordo em participar do estudo **“SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS”**, fornecendo informações solicitadas. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela entrevistadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento, caso necessário.

Local e data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Impressão digital – se necessário

Testemunha: (nome) _____

Testemunha: (ass.) _____

APÊNDICE B - Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
REVISI - Rede de Vigilância à Saúde do Idoso

Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia-GO

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo: _____
 Quem respondeu: _____
 1[] o próprio 2[] o familiar 3[] o cuidador 4[] o idoso com ajuda do cuidador/familiar 5[] outros _____
 2. Data da entrevista: __ __ __ __ __ __. 3. Hora início entrevista _____
 4. Entrevistador: _____
 5. Endereço completo (com referência de localização): _____

 6. Telefones para contato: _____
 7. Sexo: 1[] Masculino 2[] Feminino 8. Data de nascimento __ __ __ __ __ __ 8.1 Idade: _____ anos
 9. Estado civil 1[] Casado 2[] Solteiro 3[] Viúvo 4[] Divorciado
 10. Tem filhos? 1[] sim 10.1 Quantos filhos vivos? ____ 2[] não

***** APLICAR MINIMENTAL ***** Folha avulsa

ESCORES MINIMENTAL:

- () NORMAL ≥ 26
 () COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24
 () LIMÍTRAFE = ENTRE 24 E 26

PERFIL SOCIAL

11. Qual a escolaridade do(a) Sr(a)?

1[] analfabeto	2[] sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3[] primário completo/incompleto
4[] ensino médio completo/incompleto	5[] superior completo/incompleto	

12. Atualmente o(a) Sr(a) recebe algum rendimento? 1[] sim quanto? _____ 2[] não

13. Esse dinheiro provém de 1[] Aposentadoria 2[] Pensão 3[] Benefício (BPC) 4[] outro

14. Se aposentado(a) qual o motivo? 1[] tempo de serviço 2[] por idade 3[] por problema de saúde

15. Se por problema de saúde, qual foi o problema?

1[] cardiovascular	2[] respiratório	3[] músculo esquelético
4[] psiquiátrico	5[] outro Especificar: _____	

16. Exerce trabalho remunerado? 1[] sim quanto recebe? _____ 2[] não
17. Qual a renda total da sua família que mora nessa casa? _____
18. Quantas pessoas moram nesta casa? _____
19. Quem mora aqui além do Sr (a)? 1[] mora sozinho 2[] esposa(o) 3[] filhos(as) 9[] outros, quais? _____
20. Essa moradia é? 1[] própria 2[] alugada 3[] emprestada 4[] financiada 9[] outros
21. Essa moradia é? 1[] alvenaria 2[] de madeira 9[] outro material, qual? _____
22. Quantos cômodos existem nesta casa? _____ cômodos (exceto banheiros)

23. Nesta casa existe:

Água tratada (SANEAGO)?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Fossa séptica?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe
Rede de coleta de esgoto?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Cisterna?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe
Asfalto na rua?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Coleta regular de lixo?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe

24. Quando o(a) Sr(a) precisa sair e se locomover para outras regiões da cidade, que meio de transporte o(a) Sr(a) utiliza? 1[] carro 2[] ônibus 9[] outros Qual? _____
25. Se utiliza ônibus o(a) Sr(a) tem Passe Livre? 1[] sim 2[] não

CUIDADOR

26. Na sua opinião, o(a) Sr(a) **PRECISA** de alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[] sim 2[] não
27. O(a) Sr(a) tem alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1[] sim 2[] não
- 27.1 Quem é essa pessoa? 1[] familiar 2[] não familiar
- 27.2 Ele(a) é pago(a) pra isso? 1[] sim 2[] não
- 27.3 Ele(a) tem formação na área da saúde? 1[] sim 2[] não Se SIM, qual? _____
- 27.4 Ele (a) Presta atenção no que você fala? 1[] sim 2[] não
- 27.5. Ele (a) é cuidadosa, atenciosa e se preocupa com as suas necessidades? 1[] sim 2[] não

ESSA PESSOA AJUDA:

- 27.6 na relação com sua família e as suas necessidades de saúde? 1[] sim 2[] não
- 27.7 na sua higiene pessoal (banho, cortar as unhas,)? 1[] sim 2[] não
- 27.8 na higiene da casa? 1[] sim 2[] não 27.9 na sua alimentação? 1[] sim 2[] não
- 27.10 a ir ao banco, locomover-se ou viajar? 1[] sim 2[] não
- 27.11 a fazer exercício físico (caminhada,)? 1[] sim 2[] não
- 27.12 nas suas atividades de lazer (leitura, passeios, trabalhos manuais)? 1[] sim 2[] não
- 27.13 nas atividades domésticas e de ocupação (*cuidar do jardim, fazer crochê, cozinhar*)? 1[] sim 2[] não
- 27.14 a tomar remédios? 1[] sim 2[] não

SAÚDE GERAL E ANTECEDENTES FAMILIARES

28. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: 1[] ótima 2[] boa 3[] regular 4[] ruim 5[] péssima
29. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde é: 1[] melhor 2[] igual 3[] pior
30. Vou ler o nome de algumas doenças. Quais destas doenças o médico já disse que o(a) Sr(a) tem?

Grupos de medicamentos em uso:

1 [] Sedativos/ansiolíticos	5 [] Antiinflamatórios	9 [] Redutores de colesterol
2 [] Antidepressivos	6 [] Diuréticos	10 [] Insulina
3 [] Anticonvulsivantes	7 [] Antibióticos	11 [] outros
4 [] Drogas cardiovasculares (cardiotônicos, antihipertensivos)	8 [] Hipoglicemiantes orais	

33. O Senhor (a) acha que faz hoje menos atividades físicas do que fazia há um ano atrás (12 meses)

1[] sim 2[] não 3[] Não sabe

34. Pedir ao idoso que caminhe a distância de 3,0 m, demarcados com fita adesiva, e anote:

1[] não consegue caminhar 2[] caminha em linha reta 3[] caminha com desvio
4[] utiliza dispositivo para auxiliar na marcha Qual _____ Tempo: _____ segundos

35. Como é a sua visão?

1[] sem déficit 2[] déficit corrigido com órtese 3[] déficit não corrigido (com ou sem órtese)
4[] cegueira

36. Com que freqüência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1[] Sempre ou frequentemente 2[] Ocasionalmente ou raramente 3[] Nunca

37. Como é a sua audição?

1[] Sem déficit 2[] Déficit corrigido com órtese 3[] Déficit não corrigido (com ou sem órtese)
4[] surdez

38. Com que freqüência os seus problemas auditivos lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1[] Sempre ou frequentemente 2[] Ocasionalmente ou raramente 3[] Nunca

39. Medida de P.A. sistólica _____ mmHg x diastólica _____ mmHg

39.1 – A medida foi realizada na posição 1[] sentada 2[] deitada

Registrar somente a segunda medida. Medir no braço direito

40. Peso: _____ kg 40.1 Altura: _____ m (referidos)

HÁBITOS DE VIDA

TABAGISMO

41. O(a) sr(a) Fuma?

- 1[] sim, diariamente (vá para a questão 42 a 45)
2[] sim, ocasionalmente (vá para questões 42 a 45)
3[] não, nunca fumei (pule para a questão 46)
4[] fumei e parei (pular para a questão 43 e 45)

42. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

1[] 1-4 2[] 5-9 3[] 10-14 4[] 15-19 5[] 20-29 6[] 30-39 7[] 40 ou +

43. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando começou a fumar regularmente? _____ anos 1[] não lembra

44. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? 1[] sim 2[] não

45. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? _____ anos 1[] não lembra

ATIVIDADE FÍSICA

46. Pratica alguma atividade física, no mínimo 3 x/semana (regularmente) ? 1 [] SIM 2[] NÃO

47. Qual atividade pratica?

1 [] Caminhada	3.[] Ginástica	9[] outros
2 [] Hidroginástica	4.[] Dança	

48. Por que não pratica?

1 [] dificuldade motora	3.[] falta de acesso	9[] outros _____
2 [] falta de tempo	4.[] indisposição e falta de vontade	

INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

49. O senhor costuma consumir bebida alcoólica? 1[] sim 2[] sim, mas não nos últimos 30 dias
3[] não consumo 4[] já consumi e parei

50. Com que freqüência o(a) senhor(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

1[] todos os dias 2[] 5 a 6 dias/sem 3[] 3 a 4 dias/sem
4[] 1 a 2 dias por semana 5[] ocasionalmente 6[] nunca

51. No último mês, o senhor chegou a consumir num único dia (DOSE = latas de cerveja/taças de vinho/doses destilados)

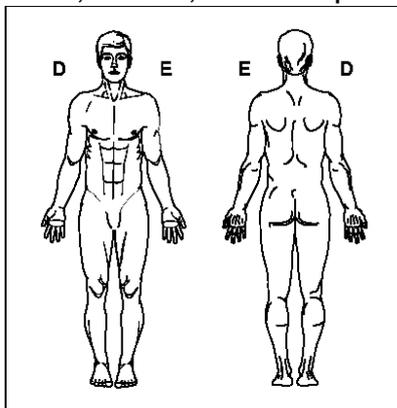
1[] UMA DOSE	3.[] QUATRO DOSES
2[] DUAS DOSES	4.[] MAIS DE CINCO DOSES

AVALIAÇÃO DA DOR

52. Ao longo da vida, muitas pessoas têm algum tipo de dor (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). Nos últimos 03 meses, o(a) senhor(a) sentiu algum tipo de dor?

1[] sim [prosseguir com as próximas perguntas do bloco] 2[] não [passar para próximo bloco]

53. Se sim, peça que a pessoa coloque a mão no local onde sente DOR. Verifique o local, e marque no diagrama corporal e no quadro ao lado, com um x, a área correspondente:



1. Cabeça	Sim	Não	9. Espinha lombar	Sim	Não
2. Face	Sim	Não	10. Sacral	Sim	Não
3. Pescoço	Sim	Não	11. Cóccix	Sim	Não
4. Região cervical	Sim	Não	12. MMII	Sim	Não
5. Ombros	Sim	Não	13. Região anal	Sim	Não
6. MMSS	Sim	Não	14. Região pélvica	Sim	Não
7. Região Torácica	Sim	Não	15. Região genital	Sim	Não
8. Abdome	Sim	Não	16. Mais que 3 locais	Sim	Não

54. Agora escreva no espaço em branco o local da **PRINCIPAL DOR**:

55. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sente A PRINCIPAL DOR?

1[] há menos de três meses 2[] há mais de três meses e menos que seis
3[] de 6 meses a um ano 4[] de 1 a 5 anos 5[] de 5 a 10 anos 6[] mais de 10 anos

56. Qual(is) dessas(s) palavra(s) o(a) senhor(a) usaria para descrever sua PRINCIPAL DOR?

1[] pontada/alfinetada 2[] choque/descarga elétrica 3[] pulsante, como martelada
4[] aperto/esmagamento 5[] calor/queimação 6[] formigamento
7[] frio/ congelando 8[] Coceira/comichão/dormência 9[] outras |___| Quais? _____

57. O(a) senhor(a) está sentindo essa dor AGORA? 1.[] Sim 2. [] Não

58. Na última semana, com que freqüência o sr(a) senhor(a) sentiu essa dor?

1[] Nenhuma vez 2[] Às vezes
3[] Freqüentemente (mas nem sempre) 4[] Continuamente (o tempo todo)

59. Nos últimos 7 dias, como o(a) senhor(a) avaliaria a sua PRINCIPAL DOR no pior momento (no auge/pico), usando uma escala de 0 a 10, onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”?

(apresentar a escala no chart e marcar a nota aqui: |_0_|_1_|_2_|_3_|_4_|_5_|_6_|_7_|_8_|_9_|_10_|

60. E qual a face que melhor representa a quantidade de sua dor? (apresentar a escala no chart e marcar aqui a face

escolhida  (0,1,2,3,4,5,6) Forma de anotação do escore que o idoso marcar no chart

61. Qual das duas escalas o(a) senhor(a) preferiu? 1[] de números 2.[] de desenhos de faces

62. Quais medicamentos o(a) senhor(a) utiliza para o alívio da dor?

63. Quem indicou (prescreveu) o medicamento? 1[] médico (receita atual) 2[] vizinho/amigo 3[] balconista da farmácia 4[] por conta própria 5[] familiar 6[] baseou-se em receita anterior

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

O(a) Sr(a) costuma ter

64. Tosse, sem estar resfriado(a)?	1[] sim 64.1. Quantos meses por ano tosse todos os dias? 1[] maior ou igual a 03 meses 2[] menor de 3 meses 64.2. Há quantos anos o(a) Sr(a) tem essa tosse? 1[] menos de 2 anos 2[] de 2 a 5 anos 3[] mais de 5 anos	2[] não
65. Catarro que vem do pulmão ou catarro que é difícil de colocar para fora, mesmo sem estar resfriado	1[] sim 65.1 Existem meses em que tem esse catarro quase todos os dias? 1[] sim Quais _____ 2[] não 65.2 Quantos meses por ano o senhor tem esse catarro 1[] maior que 3 meses 2[] menor ou igual a 3 meses	2[] não
66. Chiado no peito, alguma vez, nos últimos 12 meses?	1[] sim	2[] não
67. Algum problema que o(a) impede de andar, que não seja doença no pulmão e coração	1[] sim Problemas-----	2[] não
68. Sente falta de ar ?	1 [] SIM 1 [] quando caminha rápido no chão reto 2 [] quando caminha rápido numa pequena subida 3 [] a ponto de impedir a trocar roupa 4 [] a ponto de ter que parar andar, mesmo que no chão reto, para tentar respirar melhor	2[] não
69. O Sr(a) já trabalhou em ambientes com grande quantidade de pó ou poeira?	1[] sim Quanto tempo? _____	2[] não
70. Na sua família há alguém com problema de respiração?	1[] sim Quem? _____	2[] não
71. Na sua infância você foi internado por problema de respiração?	1[] sim	2[] não 3[] não sabe
72. Foi internado nos últimos 12 meses por problema de respiração?	1[] sim	2[] não

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

73. Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas tem em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. Vou lhe dizer algumas tarefas do dia-a-dia e o Sr. vai dizer se sente dificuldade.

INDEX DE INDEPENDENCIA NAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

FORMULARIO DE AVALIACAO DAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA. KATZ.

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" e realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	(1) Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)
	(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)
	(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência e dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despídos.	(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência
	(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos
	(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;	(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)
	(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite
	(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência - a função "transferência" e avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de dependência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências	(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)
	(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio
	(3) Não sai da cama
Continência - "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente	(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)
	(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação : a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) a boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.	(1) Alimenta-se sem assistência
	(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão
	(3) Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

74 Avaliação Instrumental de Vida diária (AIVD) – Escala de Lawton Mudança na forma de resposta

Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

74.1. O(a) Senhor(a) consegue usar o telefone?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.2. O(a) Senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.3. O(a) Senhor(a) consegue fazer compras?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.4. O(a) Senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.5. O(a) Senhor(a) consegue arrumar a casa?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.6. O(a) Senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	() sem ajuda () com ajuda parcial	(3) (2)

	() não consegue	(1)
74.7. O(a) Senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.8. O(a) Senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.9. O(a) Senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)

Pontuação Obtida: _____ pontos

APGAR FAMILIAR Realocação das questões 129 a 133

75. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**
76. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**
77. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**
78. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**
79. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

QUALIDADE DE VIDA QUESTIONÁRIO SF-36

80. SF-36 PESQUISA EM SAÚDE - Instruções: esta pesquisa questiona sobre sua saúde. Responder cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o mais próximo de como você se sente.

80.1 - Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

80.2 – Se comparada há um ano: (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano	1
Um pouco melhor agora do que há um ano	2
Quase a mesma de há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano	4
Muito pior agora do que há um ano	5

80.3 – Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3

b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa , passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se			

80.4 – Durante **as últimas 4 semanas** , você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

80.5 – Durante **as últimas 4 semanas** você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ansioso) ? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

80.6 – Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.7 – Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito Grave	6

80.8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação **às últimas 4 semanas**.

ATIVIDADES	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

80.10 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, **sua saúde física ou problemas emocionais**, interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

80.11 – O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

ATIVIDADES	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar					
d) Minha saúde é excelente					

FRAGILIDADE

81. No último ano o(a) senhor(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta ou atividade física?

1[] Sim, _____ Kg 2[] Não 3[] não sabe

82. No último ano o(a) senhor(a) acha que sua força (mão e braço) diminuiu?

1[] Sim 2[] Não 3[] Não sabe

83. Na última semana o senhor(a) sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das tarefas habituais?

1[] Sim. Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe

84. Na última semana o senhor(a) conseguiu levar adiante suas tarefas?

1[] Sim Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe

QUEDAS

85. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? 1[] sim 2[] não

86. Se sim, quantas? 1[] uma 2[] duas 3[] três ou mais

87. Qual o motivo? 1[] extrínseco (tropeçou, escorregou, esbarrou, trombou...)

2[] intrínseco (sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou...)

88. O(a) Sr(a) apresentou quais conseqüências físicas da última queda?

1 [] Fratura	3.[] lesões neurológicas	5[] nenhum
2 [] contusão e ferida	4.[] imobilização	6[] outros

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

VACINAÇÃO

89. O(a) Sr(a) tem cartão de vacinação? 1[] sim *Se SIM, preencher os dados abaixo* 2[] não

89.1 Vacinação contra influenza no último ano ? 1[] sim 2[] Não

89.2 Vacinação contra tétano nos últimos 10 anos 1[] sim 2[] Não (dT)

89.3 Vacinação contra febre amarela nos últimos 10 anos? 1[] sim 2[] Não

PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

90. Nos últimos seis meses o (a) Sr(a) teve algum problema que lhe fez procurar algum Serviço de Saúde?

1[] Sim 2[] Não

91. Se SIM, qual motivo? _____ (anote a causa).

92. Qual serviço de saúde foi procurado?

1 [] Posto de Saúde	4.[] Centro de especialidades	7[] Consultório particular	10[] Atendimento farmacêutico
2 [] Ambulatório do hospital	5[] Sindicato ou empresa / Associação de bairro	8[] Pronto-socorro do SUS	
3.[] Ambulatório da faculdade	6[] Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	9[] Pronto-atendimento particular / convênio	11[] Outro _____

93 O(a) Sr(a) conseguiu resolver o problema? 1[] Sim 2[] Não

94 Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido:

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Ruim

Ótimo

95. Existe um Posto de Saúde aqui perto da sua casa? 1[] Sim 2[] Não

96. O(a) Sr(a) já procurou atendimento lá? 1[] Sim 2[] Não

97. Se SIM, quando o(a) Sr(a) procurou atendimento, conseguiu? 1[] Sim 2[] Não

98. Esteve internado nos últimos doze meses? 1[] Sim Nº de vezes _____ 2[] Não

99. Atendimento na internação : 1[] público 2[] particular 3[] plano de saúde

100. Tempo/última internação _____ dias **100.1. Qual foi o motivo da internação:** _____

VISITA DOMICILIAR

101. O(a) Sr(a) necessita receber atendimento regular em sua casa do Posto de Saúde de abrangência?

1[] Sim 2 [] Não

102. O idoso está acamado

1[] Sim qual motivo? _____ 2[] Não

103. O idoso acamado tem ferida (úlceras por pressão) ? 1[] Sim 2[] Não 3[] não foi possível identificar

104. O(a) Sr.(a) necessitou receber atendimento na sua casa de algum profissional nos últimos três meses?

1[] Sim 2[] Não

105. O Sr conseguiu receber atendimento na sua casa de algum profissional nos últimos três meses?

1[] Sim	() Posto de saúde de abrangência UBS	2[] Não
	() Posto de saúde de abrangência PSF	
	() Convênio (UNIMED; IPASGO, etc)	

106. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido na sua casa nos últimos três meses.

0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10

Ruim

Ótimo

107. Por que não conseguiu receber atendimento na sua casa?

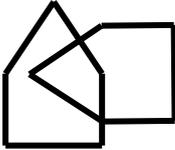
Hora do final da entrevista _____

Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados

MINIMENTAL

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (*Folstein et al,1975*)

			PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO		1	
	MÊS		1	
	DIA DO MÊS		1	
	DIA DA SEMANA		1	
	HORA APROXIMADA		1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO		1	
	CIDADE		1	
	SETOR OU BAIRRO		1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA)		1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)		1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Exemplo: Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	❖ 100-7= 93 ❖ 93-7= 86 ❖ 86-7= 79 ❖ 79-7= 72 ❖ 72-7= 65	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)		1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: "PEGUE O PAPEL SOBRE A MESA COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ E COLOQUE-O DE VOLTA NA MESA"		1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"		1	

	ESCREVER UMA FRASE		1	
	COPIAR O DESENHO: 		1	
TOTAL DE PONTOS		30		

Pontua-se as respostas certas

ESCORES:

- () NORMAL ≥ 26
- () COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24
- () LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

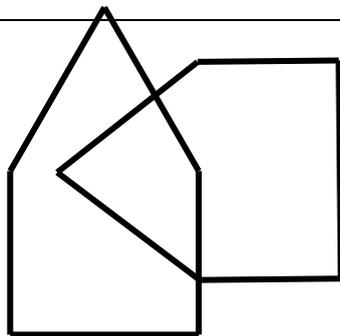
(folha avulsa para aplicação do MINIMENTAL)

Nome do entrevistado: _____

LEIA E EXECUTE A ORDEM: “ FECHE OS OLHOS”

ESCREVER UMA FRASE:

COPIAR O DESENHO



ANEXO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO
050/2009

Goiânia, 15 de setembro de 2009

PARECER CONSUBSTANCIADO

I. IDENTIFICAÇÃO:

Título do projeto: “SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DO MUNICÍPIO DE GOIANIA-GOIÁS.”

Pesquisador Responsável: Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

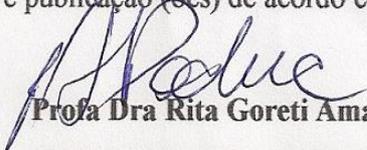
Pesquisador Participante:

Profª. Rita Goreti Amaral (FF), Joana D'arc Ximenes Alcanfor, Profª. Dra. Divina das Dores de Paula Cardoso (IPTSP/UFG) Profª Drª Eugênia Emília Walquíria Inês Molinari Madlum (IPTSP/UFG) Profª Drª Lílian Varanda Pereira (FEN/UFG) Profª. Dra. Fabíola Souza Fiaccadori (IPTSP/UFG) Profa. Dra. Ana Luiza Lima Sousa FEN/UFG) Prof. Ms. Elias Rassi Neto (IPTSP/UFG) Prof. Dr. Geraldo Sadoyama IPTSP/UFG) Profª Ms Ruth Losada de Menezes (ENF/UCG) Ms. Mabel del Socorro Cala de Rodríguez (SES) Kátia Regina Borges (SMS) Dra. Filomena Guterres Costa (SMS) Ms. Angelita Evaristo Barbosa Pontes (SMS) Sandro Rogério Rodrigues Batista (SMS) Diana Louise Nogueira da Silva (SMS) Sirlene Gomes de Oliveira Borges (SES)

Local de realização: Departamento Rede Básica- UFG

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, o projeto acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFG, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.


Profª Dra Rita Goreti Amaral
Coordenadora do CEP/UFG

